

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

199

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 8 FÉVRIER 1899, A 1 HEURE

Par M. L. WILLARD

ANCIEN INTERNE DE LA MAISON DE NANTERRE (CONCOURS 1897)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Saint-Avold (Lorraine), le 17 avril 1873

LES ACCIDENTS

DU

CURETTAGE DE L'UTÉRUS

Président : M. TILLAUX

Juges : { MM. FOURNIER, professeur.
BROCA (Aug.) } professeurs agrégés.
MÉRY }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 135,000 FRANCS

1, RUE CASSETTE, 1

1899

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 8 FÉVRIER 1899, A 4 HEURE

Par M. L. WILLARD

ANCIEN INTERNE DE LA MAISON DE NANTERRE (concours 1897)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Saint-Avold (Lorraine), le 17 avril 1873

LES ACCIDENTS

DU

CURETTAGE DE L'UTÉRUS

Président : M. TILLAUX

Juges : { MM. FOURNIER, professeur.
BROCA (Aug.) } professeurs agrégés.
MÉRY }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 135,000 FRANCS

1, RUE CASSETTE, 1

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		N...
Clinique médicale	}	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux		DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale	}	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires		JOFFROY.
Clinique ophtalmologique		FOURNIER.
Clinique d'accouchements	}	RAYMOND.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
		GUYON.
		PANAS.
		PINARD.
		BUDIN.

Agrévés en exercice :

MM. ACHARD.	MM. DUPRÉ	MM. LEPAGE	MM. THIERRY
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	VAQUEZ
BROCA (And.).	TOURETTE	MERY	VARNIER
BROCA (Aug.).	HARTMANN	REMY	WALLICH
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DESGREZ	LEJARS		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

« Opération facile et très généralement bénigne, tombée dans le domaine public, où elle a perdu ses brevets et sa bonne marque de fabrique, elle est devenue d'une banalité écœurante. »

(BOUILLY.)

Dans le cours de l'année 1896, alors que, sous la direction du D^r Jayle, nous avions l'honneur d'être externe à la consultation de gynécologie du D^r Pozzi, à l'hôpital Broca, nous avons été vivement frappé du grand nombre des femmes curettées qui venaient de nouveau réclamer des soins.

Beaucoup d'entre elles, qui souffraient ou perdaient peu avant l'opération, avaient vu leurs douleurs augmenter dans des proportions très notables depuis le curettage, tandis que les pertes n'étaient nullement diminuées; certaines, qui avaient subi plusieurs curettages, avaient vu, après chaque intervention, une recrudescence des symptômes qui avaient amené l'opération précédente. D'autres, enfin, qui, en l'absence de diagnostic précis, avaient été curettées pour des symptômes dus à l'anémie ou à un mauvais état de l'appareil gastro-intestinal, avaient vu apparaître des douleurs abdominales qui n'avaient existé à aucun moment avant l'opération et, avec elles, des pertes jaunâtres, tandis qu'auparavant il n'existait que des flueurs blanches.

En présence de ces faits, l'idée nous est venue d'en étudier la cause, de rechercher pourquoi une opération, considérée comme bénigne, et qui donne souvent de bons résultats immédiats, occasionne si fréquemment des phénomènes graves ultérieurs. Nous avons été ainsi amené à rechercher quels sont les accidents éloignés auxquels s'exposent les malades qui se font curetter, à étudier l'infection consécutive au curettage.

Tel est le but véritable de cette thèse, mais, pour faire un travail qui soit à peu près complet, qui représente un tout, nous avons voulu dire aussi quelques mots des accidents qui peuvent survenir au cours même des curettages, nous voulons parler des perforations et des hémorragies.

Nous étudierons successivement : 1° les accidents d'ordre mécanique (perforations et hémorragies); 2° les accidents d'ordre infectieux (infection aiguë, subaiguë, latente).

Nous tenons à le dire dès le début, notre intention n'est pas de poser les indications du curettage; c'est là une des questions les plus importantes et les plus difficiles de la thérapeutique gynécologique, et c'est à nos maîtres qu'il appartient de la résoudre. Nous nous proposons simplement de montrer que le curettage, dont on a tant abusé il y a quelques années, est une véritable opération chirurgicale, qui expose à des accidents immédiats et éloignés, et que, par conséquent, l'on ne doit pas traiter à la légère.

On s'étonnera peut-être de ne rien trouver dans ce travail ayant trait à la stérilité possible après le curettage; c'est que, depuis longtemps déjà, justice a été faite de ce reproche adressé à l'intervention.

Il en est de même au sujet de l'atrésie possible du col; cet accident était bien plus souvent dû à la cautérisation qui suivait le curettage qu'à l'intervention elle-même. Cependant, la suppuration consécutive peut amener un rétrécissement de la cavité utérine.

Avant d'entrer dans le corps de notre sujet, il nous reste à remplir un devoir de reconnaissance envers nos maîtres.

Nous avons été très heureusement partagé en débutant en chirurgie à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Duplay. Son enseignement si précis et si clair a su nous rendre compréhensibles, dès l'abord, des choses avec lesquelles nous ne devions nous familiariser que plus tard.

La chirurgie infantile nous a été enseignée, à l'hôpital Trousseau, par M. le D^r Broca. Nous avons trouvé beaucoup trop court le temps que nous avons passé dans son service; nous avons été extrêmement sensible aux si nombreuses marques de sympathie qu'il nous a données; nous lui en témoignons ici notre profonde gratitude.

Passée à l'hôpital Broca, à la consultation du D^r Pozzi, notre première année d'externat a été entièrement consacrée à l'étude de la gynécologie, que nous avons apprise sous la direction de notre maître et ami le D^r Jayle. A tous les remerciements que nous lui devons déjà pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné, nous devons en ajouter d'autres pour les bons conseils qu'il nous a donnés, et pour son empressement à mettre à notre disposition les matériaux qu'il possédait sur le sujet de ce travail.

Nos maîtres, en médecine générale, ont été : MM. les D^{rs} Josias, à la Pitié; Thoinot, à l'Hôtel-Dieu, et Bourcy, à l'hôpital Tenon (externat). Chez tous trois, nous avons trouvé l'enseignement le plus précieux allié à la plus grande bienveillance; nous les en remercions bien vivement. M. le D^r Thoinot nous a, en maintes circonstances, témoigné une sollicitude dont nous conserverons toujours un souvenir ému, et dont nous lui serons à jamais reconnaissant.

Nous devons nos connaissances en maladies nerveuses à M. le D^r Babinski, médecin de la Pitié; nous le remercions sincèrement de la grande amabilité qu'il a toujours eue à notre égard.

Notre internat à la maison de Nanterre nous a permis d'étudier les maladies des vieillards. Nous avons été aidé, dans cette étude, par les conseils journaliers de notre excellent maître, le D^r Laugier, que nous ne saurons jamais assez remercier de toutes les marques d'affection qu'il nous a prodiguées.

MM. les D^{rs} Rémy et Sapelier, chirurgien et médecin de la maison de Nanterre, nous ont toujours accueilli avec la plus grande bienveillance, qu'ils veuillent bien croire à notre respectueux dévouement.

M. le P^r Gaulard, de Lille, a eu la très grande amabilité de nous envoyer une précieuse observation d'hémorragie au cours d'un curettage; nous lui en demeurons très reconnaissant.

Nous savons apprécier à sa juste valeur, le grand honneur que nous a fait M. le P^r Tillaux en acceptant la présidence de cette thèse; nous n'avons qu'un seul regret, c'est de ne pas avoir été son élève.

LES ACCIDENTS

DU

CURETTAGE DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE (1)

Dès son apparition, le curettage a rencontré des partisans convaincus et des adversaires acharnés; pendant une première période de quatorze ans, quoique discuté et condamné par un grand nombre de chirurgiens éminents, il était défendu par beaucoup d'autres, et non des moindres. Pendant quinze nouvelles années, il tombe en désuétude; ses partisans se font rares, jusqu'à l'avènement de l'antisepsie qui est, pour cette opération, l'occasion d'une véritable renaissance. Malheureusement, cette renaissance ne tarde pas à devenir exagérée et à être cause d'abus. Si on voulait énumérer tous les cas, diagnostiqués ou non, auxquels cette opération a été appliquée, il faudrait citer toutes les maladies de l'utérus et de ses annexes.

D'origine essentiellement française, le curettage utérin a été pratiqué pour la première fois par Récamier, en 1846, qui le pratiquait, sous le nom d'*abrasion*, dans le but de débarrasser la muqueuse utérine des fongosités qu'il y avait souvent observées.

(1) Pour éviter des redites inutiles, nous n'avons pas mis, dans le corps de ce travail, de notes bibliographiques. Voir, à la fin, l'index alphabétique des noms d'auteurs, où se trouvent toutes les indications nécessaires.

Récamier faisait le curettage souvent sans spéculum, en dirigeant sa curette sur l'index gauche; comme il opérait avec une brusquerie restée légendaire, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il ait pu faire des perforations.

La même année, Robert proclame l'innocuité du curettage, Marjolin le préconise contre les hémorragies utérines rebelles.

En 1847, Lisfranc fait le premier curettage avec abaissement à la vulve; Guérineau préconise l'opération dans « les pertes utérines à l'état de vacuité ».

Le 6 novembre 1849, Velpeau combat l'abrasion de la muqueuse utérine : « ce récurage ne sera point accepté comme une opération inoffensive »... « C'est une intervention inutile et redoutable ».

En janvier 1850, sentant bien déjà de quelle nécessité est un diagnostic précis avant la pratique d'un curettage, P. Dubois dit à l'Académie de médecine : « L'abrasion et la cautérisation de la cavité urine, empiriquement appliquées jusqu'à présent, ne prendront une place méritée dans la thérapeutique des affections utérines que quand leur adoption sera fondée sur des notions positives, et quand leur emploi sera soumis aux règles qui régissent l'application de tout procédé opératoire important, et qui n'est exempt, ni de douleurs parfois très vives, ni de dangers. Chassaignac, Sappey, Maisonneuve pratiquent des curettages; Juteau (1850), Babu (1850), Robinet (1853), Ferrier (1854) font, du curettage, à des points de vue différents, le sujet de leur thèse. Le travail de Ferrier, partisan du curettage, donne lieu à un rapport de A. Richard, puis à une discussion très vive à la Société de chirurgie, le 26 janvier 1855. Cette discussion, occasionnée par la relation d'une perforation qui avait permis de sentir la curette par la palpation abdominale, met aux prises Richet, Maisonneuve, Demarquay et Follin, qui défendent le curettage, avec Michon, Cloquet et Hervez de Chégoin, qui le combattent.

Michon pense que « la perforation est due plutôt à l'opérateur qu'à l'amincissement des parois utérines ». Cloquet déclare que le curettage est une « opération dangereuse »; Hervez de Chégoin rapporte un cas d'abcès du petit bassin consécutif à un curettage. Rouyer (1858) est partisan du curettage; Aran en est un adversaire convaincu. Dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus* (1858-1860), il déclare que « c'est un moyen dangereux... une sorte de tir à la cible les yeux fermés ». Becquerel, dans le

Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, attaque le curettage avec une violence extrême : « Le raclement de la surface interne de l'utérus m'a toujours semblé barbare... Est-il possible de croire qu'un pareil raclement sur une surface enflammée, puisse s'opérer sans déterminer une exacerbation plus ou moins notable de l'inflammation, et sans que les produits se renouvellent... je n'ai jamais moi-même pratiqué cette opération que je regarde comme irrationnelle et cruelle. Tout praticien sage doit s'en abstenir. »

Iatropoulò et Nonat (1860) sont partisans du curettage. A l'étranger, l'opération de Récamier est peu connue. En Angleterre, Simpson (1830) et Tilt (1833) la pratiquent; elle est absolument délaissée par les chirurgiens allemands et autrichiens, qui la raillent.

De 1860 à 1884, le curettage tombe dans l'oubli à cause des perforations nombreuses auxquelles il a donné lieu, à cause aussi des accidents d'infection qu'il devait fatalement occasionner avant l'antisepsie. Il garde néanmoins quelques partisans.

En [France : de Sinéty, Saint-Vel, Conan (1869), Courty (1870), Gallard (1872), Nonat (1874), Carpentier-Méricourt (1875), Demarquay (1876) sont partisans du curettage. Alphonse Guérin le condamne en 1878. En 1881, Chéron fait le curettage sans abaissement à la vulve. En Allemagne, Suisse (1872), Hégear et Kaltenbach, Olshausen (1878) font des curettages.

En Angleterre, Lawson Tait (1877), Duncan, Playfair, Hart et Barbour; en Suisse, Vuillet; en Belgique, Walton et Fraipont; en Italie, Manglagali; en Amérique, Hoggerath, A. Simpson, Lusk, Harrisson, etc., etc., écrivent sur le curettage et pratiquent cette opération.

A partir de 1884, commence la troisième période, la renaissance du curettage due à l'ère de l'antisepsie.

Dolérís et Pozzi font revenir le curettage d'Allemagne en France. Le mémoire de Dolérís, communiqué en 1886 à la Société d'obstétrique et de gynécologie, provoqua une discussion restée fameuse. Pajot et Guéniot étaient les adversaires du curettage.

En 1885, Adriet fait une thèse inspirée par Terrillon sur les indications du curettage; Mélik, Desmoulins en 1887; Despréaux, Boureau en 1888, font du curettage le sujet de leurs thèses.

En 1890, survient la discussion de la Société de chirurgie, à

propos du mémoire de Bouilly ; Richelot, Trélat, Terrillon, Terrier, Routier se rallient au curettage ; Polaillon le combat comme dangereux et insuffisant ; il lui préfère la cautérisation.

En 1891, nouvelle discussion, à Bruxelles cette fois, à l'Académie royale de médecine de Belgique ; le curettage y est fortement battu en brèche.

A Berlin, en 1894, à une discussion restée célèbre, le curettage est de nouveau très attaqué ; on y rapporte des observations de perforations suivies d'accidents très graves.

Pendant ce temps, le curettage ne rencontre guère, en France, que des partisans. En 1898, cependant, paraît la thèse de Lenoir qui, en étudiant les accidents dus aux opérations pratiquées par la voie vaginale, rapporte des observations de perforations faites au cours de curettages.

CHAPITRE II

PERFORATIONS ET HÉMORRAGIES

La perforation de l'utérus par la curette est l'accident le plus redouté d'un grand nombre des opérateurs qui pratiquent un curettage ; c'est cependant, comme nous le verrons, un des moins graves, si toutefois la perforation n'est pas suivie de l'issue des organes abdominaux au dehors, ou de l'injection dans le péritoine d'un liquide comme le sublimé, capable de produire une péritonite rapidement mortelle.

Il est extrêmement difficile d'être fixé sur la fréquence réelle des perforations au cours des curettages.

Il est fort probable, en effet, que toutes les observations n'en sont pas publiées, et, de plus, dans la majorité des cas, on n'est pas sûr d'avoir perforé. Nous verrons, en effet, qu'aucun des symptômes des perforations n'est constant, et que même la pénétration exagérée de la curette est loin d'être un signe pathognomonique. La cause d'erreur la plus fréquente réside dans l'entrée possible de l'instrument dans la cavité tubaire ; en étudiant le

diagnostic, nous trouverons encore d'autres raisons pouvant faire croire à une perforation, alors qu'il n'y en a pas.

Il est juste de dire que le contraire peut arriver également et que des signes dus à une perforation réelle soient interprétés autrement; de toutes façons, on voit qu'il est impossible de se faire une idée précise de la fréquence des perforations au cours des curettages.

Pathogénie. — Lorsque l'on fait une coupe d'un utérus sain, et que l'on voit l'épaisseur très considérable du muscle, on est tenté de croire qu'il faut une grande violence pour le perforer avec la curette, et, en fait, cela est vrai. Bien qu'à l'état normal la paroi utérine présente des points faibles, siégeant sur le fond, près de l'orifice des trompes, il ne semble pas que l'on doive tenir grand compte de cette particularité anatomique. La différence d'épaisseur n'est, en effet, pas très grande et ne suffit pas à expliquer la facilité avec laquelle se font certaines perforations.

La vraie raison, nous devons la chercher dans ce fait que les utérus que l'on curette ne sont pas des utérus sains; ce sont, en général, des organes ayant subi des altérations susceptibles d'amener la mauvaise nutrition des parois, de les amincir ou de les ramollir.

Pour bien faire comprendre comment certaines lésions peuvent faciliter la pénétration de la curette à travers la paroi utérine, nous ne pouvons mieux faire que d'étudier rapidement ces lésions et leurs causes.

Corps étrangers. — Les processus morbides qui, le plus fréquemment, pourront altérer le parenchyme utérin au point de rendre très facile une perforation, sont ceux dus à la présence, dans la cavité utérine, d'un corps étranger autochtone ou venant du dehors.

Bien que le nombre des publications consacrées à l'étude des corps étrangers de l'utérus venant du dehors soit restreint, les cas ne sont pas très rares où une épingle à cheveux, une sonde, une aiguille, une branche de bois, etc., etc., ont été introduites dans la cavité utérine, soit intentionnellement, soit accidentellement. Neugebauer a pu recueillir soixante-quatorze observations de corps étrangers de l'utérus, dont la plupart avaient été introduits pour provoquer l'avortement. Dans ces observations, sont comprises les deux que rapporte Mittermaier, et dont la seconde nous intéresse particulièrement; les accidents étaient dus à des

fragments de verre provenant d'une canule intra-utérine cassée pendant l'injection consécutive à un curettage.

A part ces cas où l'introduction d'un corps étranger de grandes dimensions ne pouvait pas passer inaperçue, n'en peut-il pas exister d'autres où l'introduction accidentelle d'un corps étranger a pu être méconnue? Ne peut-il pas arriver, par exemple, qu'un fragment d'ouate, introduit au cours d'un pansement, soit retenu dans l'utérus sans qu'on s'en doute?

A l'endroit où se trouve le corps étranger, se produit un processus de destruction dû à des causes mécaniques et à l'inflammation.

Les causes mécaniques sont évidentes : la plupart du temps ces corps étrangers présentent des saillies, des aspérités qui vont véritablement user la partie de la paroi avec laquelle elles sont en contact.

D'autre part, ces corps sont le plus souvent septiques ; ils déterminent une infection locale, bientôt suivie du ramollissement, de la dégénérescence de tous les tissus ; il en résulte en ce point un amincissement des parois, et il y a là un *locus minoris resistentiæ* très capable de favoriser une perforation.

Ce que nous venons de dire des corps étrangers venant du dehors, est également vrai des corps étrangers que nous avons appelés autochtones, c'est-à-dire des débris de placenta, des fragments de membranes qui peuvent être retenus dans l'utérus *post partum* ou *post abortum*.

Il y a un intérêt d'autant plus grand à penser à l'amincissement possible des parois d'un utérus à la suite de rétention placentaire, que ce sont ces cas qui amèneront le plus souvent le curettage.

Les états morbides que nous allons passer en revue maintenant pourront certainement faciliter une perforation, mais beaucoup plus rarement.

Menstruation. — Au point de vue de la possibilité d'une perforation, la menstruation a une certaine importance. Au moment des règles, en effet, l'utérus est moins résistant qu'à l'état normal. La muqueuse est plus molle ; le tissu conjonctif de la muqueuse œdématisée présente des cellules fixes tuméfiées, et même, en certains points, des cellules géantes et de nombreuses cellules lymphatiques migratrices. Les vaisseaux sont dilatés et très nombreux.

Déviation. — Les vices de position de l'utérus, les flexions en

particulier, peuvent peut-être prédisposer, dans certains cas, aux perforations.

Lenoir pense que si, par exemple, un opérateur se trouve en présence d'un utérus en antéflexion, et que, méconnaissant cette position, il pousse sa curette dans la direction du canal cervical, il pourra très facilement perforer la paroi postérieure au niveau de l'angle de flexion; de même, s'il s'agit d'une rétroflexion, la curette pourra passer à travers la paroi antérieure.

Bien que cette opinion semble rationnelle *a priori*, nous ne la partageons pas. Il nous paraît probable, comme le pense Lenoir, que les flexions de l'utérus pourront prédisposer aux perforations, mais, selon nous, la perforation se fera, non pas au niveau de l'angle de flexion, mais au fond de l'utérus.

En effet, la flexion de l'organe, soit en avant, soit en arrière, empêche l'écoulement facile par le vagin des sécrétions de la muqueuse utérine; or, comme les flexions sont, dans la très grande majorité des cas, accompagnées de métrite, il se formera, dans le fond de l'utérus, un véritable clapier, dans lequel séjourneront les liquides. Ce contact continu de liquides chargés de microorganismes infectieux, avec le fond de l'utérus, nous paraît très capable de favoriser une perforation.

Voici alors, selon nous, comment les choses peuvent se passer; la curette, poussée dans la direction du canal cervical, agira comme redresseur de l'organe; les flexions absolument adhérentes étant très rares, il nous semble plus facile d'admettre la réduction de la flexion par la curette que le passage à travers la paroi, au niveau de l'angle de flexion.

Arrivée au fond de l'utérus, la curette se trouve sur une paroi enflammée par la stagnation des liquides, ramollie, et qui peut se laisser facilement traverser.

L'opinion que nous donnons là n'est qu'une hypothèse à laquelle fait défaut l'appui d'observations anatomo-pathologiques; ce témoignage manque, d'ailleurs, également à la théorie de Lenoir.

Endométrites. — Il est bien certain que les lésions de la muqueuse utérine n'auront pas une très grande influence sur la production possible d'une perforation au cours d'un curetage.

L'épaisseur de la muqueuse est, à ce point de vue, absolument négligeable, et, aurait elle même entièrement disparu qu'une perforation n'en serait pas, pour cela, facilitée, si le parenchyme est sain. Mais il est des cas où les lésions de la muqueuse sont

accompagnées de lésions du parenchyme, c'est quand il se fait une prolifération microbienne partant de la muqueuse et se dirigeant, à travers le tissu utérin, vers le péritoine.

La seule cause des endométrites est l'infection par un micro-organisme septique quelconque, arrivé sur la muqueuse intra-utérine.

De la muqueuse, les agents pathogènes cheminent par les vaisseaux sanguins et lymphatiques des trompes et vont occasionner des salpingites et des ovarites, mais ils sont aussi transportés à travers le muscle utérin vers le péritoine par les canaux lymphatiques et les vaisseaux qui traversent le parenchyme. Il en résulte une réaction inflammatoire dans l'épaisseur de la paroi, réaction qui a pour résultat de diminuer la résistance que le parenchyme normal peut opposer à un traumatisme.

Corps fibreux. — Il ne nous appartient pas d'esquisser l'anatomie pathologique, d'ailleurs fort complexe, des corps fibreux de l'utérus.

Au point de vue seulement de ce qui nous intéresse, c'est-à-dire de la solidité plus ou moins grande des parois de la matrice, qu'il nous suffise de savoir que les corps fibreux sont très souvent atteints de maladies diverses, causes fréquentes de troubles de nutrition. Ils peuvent subir l'induration, la calcification, mais à la vérité, ces altérations n'ont pas grande influence sur la possibilité d'une perforation, au contraire. Il n'en est pas de même d'autres processus que peuvent suivre les corps fibreux de l'utérus et qui ont pour résultat de les ramollir; ainsi font la dégénérescence graisseuse, d'ailleurs contestée par Gusserow, les dégénérescences amyloïde, cancéreuse et colloïde ou myxomateuse. Il est bien certain qu'un gros fibrome, même très ramolli, ne sera jamais traversé par une curette, mais il est à peu près certain aussi que personne ne traitera plus par le curettage un de ces fibromes volumineux qui d'emblée demandent l'extraction. Ce qui peut arriver, c'est que, en l'absence d'un diagnostic précis, on curette un utérus où se trouve un fibrome méconnu, de petites dimensions et ramolli, et qu'on perfore; ou bien encore, que l'on curette, comme on le faisait, de parti pris, dans un but thérapeutique, pour un fibrome, et que ce fibrome, petit, et ayant subi une dégénérescence l'amenant au ramollissement, se laisse traverser.

Les corps fibreux de l'utérus peuvent encore être le siège d'inflammation, de suppuration, de gangrène. « Il est probable que le

point de départ de l'inflammation dans les fibromes est toujours une mortification plus ou moins étendue, qui infecte la capsule et provoque une suppuration dans cette zone où le tissu est à la fois plus vasculaire et plus lâche. Cette mortification initiale est due tantôt à une intervention chirurgicale, ayant ouvert la loge du fibrome dans un but thérapeutique, tantôt à une infection venue du dehors, par suite d'une exploration septique (dilatation, cathétérisme); elle peut provenir à la fois de la compression ou de l'oblitération des vaisseaux nutritifs de la tumeur et de l'éraillure de la muqueuse qui la recouvre et la protège contre l'entrée des germes... S'il est vrai que la mortification d'une petite portion d'un corps fibreux interstitiel ou sous-muqueux précède l'inflammation et la suppuration, d'autre part celle-ci devient à son tour l'agent qui provoque la gangrène de toute la masse, qu'elle sépare des tissus voisins par une véritable dissection. »

« Les parties sphacélées s'éliminent spontanément ou réclament une intervention, sinon elles provoquent une infection putride. » (Pozzi, *Traité de Gynécologie*, 3^e édit., p. 267.)

On a vu (cas d'Orthmann) la suppuration d'un fibrome amener la perforation spontanée de l'utérus.

Puisque les corps fibreux de l'utérus peuvent subir des altérations capables d'amener la perforation spontanée de l'organe, on comprend aisément que ces altérations puissent faciliter le passage de la curette à travers la paroi.

Tuberculose utérine. — La forme miliaire aiguë et la forme interstitielle, d'ailleurs très rares, n'amèneront jamais le curettage; la forme ulcéreuse, seule, pourra conduire à cette intervention, à cause des pertes qu'elle provoque.

Il est facile de se rendre compte que cette forme ulcéreuse de la tuberculose utérine, en amincissant l'épaisseur de la paroi, facilitera une perforation.

Cornil a montré, d'ailleurs, que le curettage est absolument inutile dans la tuberculose utérine, puisqu'il existe des follicules tuberculeux situés au-dessous de la muqueuse au milieu des faisceaux musculaires.

Cancer. — Dans le cancer de l'utérus, la paroi de l'organe est peu à peu détruite par des tissus de nouvelle formation qui ne tardent pas eux-mêmes à se désagréger. On peut observer des noyaux métastatiques dans tous les points du parenchyme du corps de l'utérus; souvent même ces noyaux gagnent le péritoine.

Il se forme alors des adhérences qui ont pour résultat de lier ensemble l'utérus, la vessie et l'intestin.

A une période avancée, les ulcérations surviennent et la perforation spontanée peut se produire. Ce fait même montre bien combien le processus cancéreux doit faciliter une perforation au cours d'un curettage.

État puerpéral. — Il est devenu banal de dire que l'utérus en état puerpéral est extrêmement friable, et qu'il faudra prendre de grandes précautions pour éviter de perforer lorsque l'on pratiquera un curettage après un avortement ou un accouchement. Cependant, bien que nous ne songions pas un seul instant à contester cette fragilité, on peut se demander si, lorsqu'on fait un curettage, on est bien dans les conditions voulues pour en juger.

Il ne nous semble pas qu'il en soit ainsi, et, selon nous, il faut encore accorder ici un grand rôle à l'infection. Quand, en effet, curette-t-on un utérus en état puerpéral? Lorsqu'il y a rétention de débris placentaires ou de fragments de membranes, c'est-à-dire, à part les cas peu fréquents où le curettage suit immédiatement l'accouchement, lorsqu'il y a infection. Et alors, n'est-on pas en droit de penser que cette infection est sinon la seule, du moins une des principales causes de cette friabilité, de cette fragilité de l'utérus?

La rétention placentaire produit une endométrite puerpérale, et nous pouvons alors expliquer le peu de résistance de la paroi utérine dans ce cas, comme nous l'avons fait pour les endométrites en général : les microorganismes passent à travers le muscle utérin, grâce aux vaisseaux sanguins et lymphatiques, et, comme ce sont souvent des microbes pyogènes, non seulement ils ramolliront la paroi, en provoquant une réaction inflammatoire, mais ils pourront même déterminer des abcès dans son épaisseur.

Anatomie pathologique. — Si les observations de perforations utérines sont peu nombreuses, les relations d'autopsies sont plus rares encore, et cela tient à ce que, le plus souvent, ces perforations guérissent.

Il semblerait que l'on dût trouver plus de renseignements dans les observations de laparotomies ou d'hystérectomies vaginales pratiquées après une perforation; il n'en est rien, et la plupart des auteurs sont muets sur ce sujet.

Des quelques cas où il est fait mention du siège et de la forme de la perforation, il résulte que la curette peut traverser la paroi en un

endroit quelconque. Comme nous l'avons déjà dit, les points faibles normaux, voisins de l'orifice des trompes, ne semblent pas avoir d'influence.

D'après la lecture de nos observations, il semble que la perforation siège le plus souvent au fond de l'utérus.

La forme et les dimensions de la perforation sont le plus souvent en rapport avec la forme et les dimensions de la curette; néanmoins, la déchirure peut s'étendre, s'irradier et devenir assez grande pour permettre le passage à une anse intestinale.

Les lésions de voisinage, lorsqu'il y en a, sont des lésions de péritonite, et si nous voulions les étudier, il nous faudrait retracer l'étude anatomo-pathologique des péritonites par perforation.

Tuttle a montré à la Société gynécologique de New-York un utérus infecté perforé par la curette. La laparotomie avait été pratiquée et avait permis de constater que le bassin était plein de pus. La malade mourut.

Symptômes. — Il n'y a absolument aucun signe de perforation qui ne puisse jamais faire défaut; la sensation de pénétration même peut manquer.

Nous ne saurions donner une meilleure idée de ce qui se passe ordinairement, quand une perforation se produit, qu'en rapportant la célèbre observation du cas dont Ad. Richard a été témoin en 1855, observation relatée par Rouyer dans sa thèse :

« Dans un service de chirurgie, dit Ad. Richard, j'assistais récemment un de nos maîtres à une visite du soir. Une femme offrait tous les signes d'une affection granuleuse de la muqueuse utérine. Le chirurgien qui, le matin, n'avait pas de curette à sa disposition, venait exprès à l'hôpital pour faire l'application de l'instrument. La curette fut introduite très facilement et avec une grande douceur, quand tout à coup, au lieu de la résistance ordinaire d'une tige métallique emprisonnée dans une cavité, le chirurgien, à la liberté de sa main, comprit ce qui venait de se passer. Il me dit : « Mettez la main sur l'hypogastre. » Je sentis, à travers les téguments de l'abdomen, très amincis chez cette femme à la suite de plusieurs couches, je sentis, dis-je, presque à nu, le bec de la curette qui avait perforé le fond de l'utérus. La femme garda le repos; elle éprouva quelques douleurs de reins, mais n'eut point de fièvre, ni de perte d'appétit, ni de sommeil, et, au bout de quarante-huit heures, il n'y paraissait plus. Le chirurgien éminent que j'assistais en cette circonstance avait été déjà témoin

de plusieurs accidents semblables et sans plus fâcheux résultats. »

Cette observation peut être prise comme type pour faire l'histoire d'une perforation utérine au cours d'un curetage.

L'opération est commencée, tout se passe bien, quand tout à coup, souvent à la fin de l'opération, l'opérateur, voulant donner un dernier coup à la muqueuse, voit son instrument s'enfoncer jusqu'au manche et tendre à disparaître, comme s'il était véritablement « avalé » par l'utérus. Dans certains cas, le chirurgien a eu la sensation qu'il rompait, pour passer, la paroi utérine; dans d'autres, il n'a rien senti, a passé absolument sans s'en apercevoir, et ne pense à une perforation qu'en voyant la curette disparaître.

L'habitude s'étant à peu près généralisée de faire le curetage sous chloroforme, il est difficile d'être renseigné sur la douleur qu'éprouve la malade au moment de la perforation. Néanmoins, bien des perforations ont été faites au cours de curettages exécutés sans sommeil chloroformique, et il ne semble pas que la douleur, si même elle existe, soit bien grande.

Les observations sont toutes muettes sur les sensations perçues par la malade. Ad. Richard, dans l'observation que nous venons de reproduire, n'en fait aucune mention, et, cependant, il est bien probable que la malade dont il s'agit n'était pas anesthésiée; à cette époque, l'habitude n'était pas d'endormir les malades que l'on curettait.

Nous dirons quelques mots, ultérieurement, de l'hémorragie comme accident du curetage; mais nous pouvons dire déjà que, lorsqu'une perforation se produit, l'écoulement sanguin n'est augmenté en aucune façon.

En résumé, nous voyons que les symptômes d'une perforation utérine au cours d'un curetage sont purement objectifs et peuvent se réduire à ceci: enfoncement exagéré de la curette, que l'on peut sentir, par la palpation, à travers la paroi abdominale; la sensation de pénétration, que l'on perçoit quelquefois, peut faire défaut.

Marche. Complications. — Lorsque la perforation est de petites dimensions et que l'opération a été faite aseptiquement, la guérison survient le plus souvent.

Si les conditions d'asepsie requises ne sont pas rigoureusement réalisées, la malade est exposée aux terribles accidents de la péritonite par perforation qui peuvent l'enlever très rapidement. Il est

fort probable que c'est de cette façon que sont mortes les malades de Récamier auxquelles Aran fait allusion en ces termes : « J'ai encore présents à la mémoire ces faits nombreux de perforation de la paroi utérine, dont quelques-uns suivis de mort, que Récamier communiquait à l'Académie de médecine, il y a quelques années, au milieu d'une impression générale de douleur et de surprise. »

De nos jours, ces accidents ne sont, fort heureusement, plus guère à craindre, si le curettage reste entre les mains de chirurgiens rompus à la pratique de l'antisepsie. Si tout le monde peut faire une perforation, tout le monde aussi peut et doit éviter qu'elle soit suivie de septicémie péritonéale aiguë.

Une autre complication, dont notre observation V offre un exemple, est l'injection, dans un utérus perforé, d'un liquide capable de produire une péritonite rapidement mortelle. Il faut, lorsqu'au cours d'un curettage, ou en toute autre circonstance, l'on fait une injection intra-utérine, veiller à ce que le liquide ressorte ; c'est pour n'y avoir pas pris garde que, dans l'observation en question, l'opérateur a injecté dans le péritoine de sa malade environ 600 grammes de sublimé à 1/1000. Les phénomènes de péritonite sont apparus instantanément, et la mort est survenue quelques heures après.

Faut-il rappeler, comme complications des perforations, ces cas véritablement désastreux, relatés par Alberti, Veit, Martin, Gussow, Olshausen, Orthmann, et où l'épiploon ou l'intestin ont été amenés à la vulve après perforation de l'utérus ? Ces malheurs seront évités en s'astreignant à ne jamais introduire de pince à l'aveuglette, dans un utérus, au cours d'un curettage.

Pronostic. — Dans le pronostic des perforations, il faut tenir un très grand compte de l'état du péritoine au moment où l'accident s'est produit.

Si la perforation est simple, de petites dimensions et non compliquée de hernie des organes abdominaux, et si surtout, le péritoine, lui aussi, est sain, la guérison surviendra le plus souvent.

En effet, le péritoine sain oppose une défense très énergique aux microorganismes infectieux, et, le plus souvent, la séreuse indemne résistera victorieusement à l'invasion des agents pathogènes.

Il n'en sera pas de même si le péritoine est déjà malade au moment où se produit la perforation ; la réaction de défense sera

moins énergique et une péritonite pourra se produire. Dans le cas particulier de perforation utérine, comme dans tout traumatisme pouvant ouvrir la porte à l'infection, il faut donc tenir grand compte du terrain, du degré de réceptivité.

Il faut tenir compte aussi de la virulence des microbes; si un péritoine, même sain, est infecté par des microbes à virulence suraiguë, la phagocytose sera impuissante; si un péritoine légèrement malade auparavant se trouve infecté par des microbes à virulence très atténuée, il est possible que l'énergie de la réaction soit encore assez grande, et la péritonite peut ne pas survenir. Le pronostic d'une perforation faite sur un utérus puerpéral est, en général, plus grave que celui d'une perforation faite sur un utérus en état de vacuité. Dans le cas, en effet, de rétention placentaire, la curette est chargée de fragments de membranes, de débris placentaires; si une perforation se produit, une parcelle de ces tissus septiques peut se trouver introduite dans le péritoine et donner lieu à un véritable ensemencement microbien, bientôt suivi de péritonite.

Des réserves étant ainsi faites pour les cas où le péritoine est malade antérieurement, où la virulence des microbes est suraiguë, ainsi que pour les complications passées en revue, on peut dire que le pronostic des perforations est relativement bénin. Il ne faudrait pas conclure cependant à l'innocuité absolue des perforations faites même dans de bonnes conditions, car il est des cas où les choses ne se sont pas toujours bien passées. Il faut, de toutes façons, blâmer énergiquement la conduite de ces chirurgiens qui, comme Hering, Rabl, Buckesard et Jelonnus, ont été assez audacieux pour faire à dessein des perforations, dans le but d'en démontrer le peu de gravité à leurs élèves. Malgré le succès de leurs tentatives, nous persistons à croire avec Guidez, qu'il est toujours fâcheux de mettre en continuité directe une cavité utérine infectée et la séreuse péritonéale.

Diagnostic. — A moins de sensation très nette de pénétration et de résistance vaincue, le diagnostic d'une perforation utérine au cours d'un curettage est plus difficile qu'on ne serait tenté de le croire *a priori*.

Les causes d'erreur sont en effet nombreuses, et peuvent être divisées en deux classes, suivant qu'elles sont occasionnées par une malformation de l'utérus ou par une faute d'interprétation de la pénétration exagérée de l'instrument.

Parmi les malformations pouvant permettre à la curette de s'enfoncer plus que de raison, il faut citer : l'utérus unicorne et l'utérus bipartitus.

Dans l'utérus unicorne, il n'existe en réalité que la moitié du corps de l'utérus. Un seul des canaux de Müller s'est développé, l'autre s'est atrophié. L'organe, à partir du col, s'allonge et s'effile, en se courbant vers la trompe, avec laquelle il se continue directement et dont il ne constitue que l'expansion inférieure.

Sous le nom d'utérus bipartitus, on désigne cette malformation dans laquelle on voit le col seul développé, former un T avec les deux trompes.

Étant connues ces notions sur ces deux malformations, rares d'ailleurs, l'on comprend aisément combien pourra être facile une erreur de diagnostic, d'autant plus que l'utérus unicorne et l'utérus bipartitus sont difficiles à reconnaître. Voici alors comment les choses peuvent se passer : un chirurgien fait un curettage, sa curette s'enfonce et disparaît jusqu'au manche sans qu'il ait eu la moindre sensation de pénétration. S'il est en présence d'un utérus unicorne ou bipartitus, il est fort possible qu'il n'ait pas fait de perforation, et que sa curette, surtout si elle est de petite dimensions, se soit engagée dans la trompe dilatée, ce qui se produira plus facilement encore dans l'utérus unicorne que dans l'utérus bipartitus.

Quant à l'entrée de la curette dans une trompe chez une femme à organes génitaux internes normaux, si elle est possible, elle est tout au moins discutable.

A la rigueur, on peut admettre, bien que cela soit encore difficile, qu'un hystéromètre surmontant les difficultés que lui offrent la direction des trompes et les ligaments larges maintenant la trompe dans sa direction transversale, pénètre dans une trompe à orifice utérin pathologiquement dilaté; mais de là à admettre qu'une curette ordinaire y peut pénétrer, il y a loin.

Le simple cathétérisme de la trompe a déjà été discuté à la Société de chirurgie, en 1896, et a été nié par Wegner et Dupuy, qui, sur le cadavre, n'ont pu réussir à pénétrer dans la trompe en passant par l'utérus. Néanmoins, les cas de Lehman, de Knowsley Thornton, et surtout de Bischoff prouvent anatomiquement que la pénétration d'un hystéromètre dans une trompe normale est possible; nous ne connaissons aucune observation permettant d'affirmer la même chose pour une curette. La difficulté du diagnostic

entre une perforation et la pénétration de la curette dans une trompe anormalement dilatée est bien mise en évidence par les interprétations diverses des cas de Beuttner, d'Ahlfeld et de Jahreiss.

Pour expliquer dans certains cas l'enfoncement exagéré de la curette, Doléris invoque la dépressibilité considérable de certaines parois utérines minces et atones. « Ces utérus, dit Doléris, sont vraiment en caoutchouc... On aura facilement le mot de l'énigme en retirant la curette, et, si cela est nécessaire, en dilatant un peu le col avec le dilateur de Sims. On verra alors sortir du sang en assez grande abondance, mais avec cette particularité qu'il est généralement à demi coagulé et comme en gelée. J'ai observé surtout ces phénomènes chez trois femmes : l'une affectée d'une vieille endométrite caractérisée par une végétation sarcomateuse diffuse de la totalité de la muqueuse, les deux autres d'endométrite déciduale post-abortive, datant de plusieurs mois. Ce sont bien là des conditions avantageuses pour favoriser l'extension excessive de la matrice ; le sang n'a aucune tendance à s'écouler par le col, en raison de l'atonie des parois et de la rapidité de la coagulation. »

Beuttner a eu occasion d'observer deux fois ces « utérus en caoutchouc », et il pense, que dans ces cas, il faut tenir grand compte de l'état général des malades. Il est probable, selon lui, que, dans les deux cas qu'il a observés, il n'y a eu qu'un subit et énorme relâchement de la paroi utérine, relâchement se produisant sous la pression de la curette, et dont on trouverait peut-être l'explication dans ce fait qu'il s'agissait de femmes jeunes, nerveuses, ayant récemment avorté, dont l'utérus, par conséquent, n'avait pas encore recouvré sa contractilité et sa résistance normales.

Un fibrome méconnu peut encore donner lieu à des erreurs.

D'autre part, la perforation peut être antérieure au curettage, et, à ce sujet, il nous paraît intéressant de rappeler le cas publié par Rosenfeld, de Hambourg (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1898, n° 41, p. 278). Un hystéromètre introduit dans la cavité utérine d'une malade, pénètre tout à coup et sans effort, à plus de 15 centimètres. La sonde rigide retirée aussitôt, tout est laissé en état, et, aucun phénomène ne survenant, la malade subit le lendemain l'opération qui avait amené son entrée à l'hôpital : curettage, vésico-fixation et colpopérinéorrhaphie (il s'agissait d'un prolapsus utérin avec métrite)

Au cours du curettage, la curette pénétra jusqu'au manche. Pendant la vésico-fixation, on put constater, d'après l'aspect de la plaie et de ses bords légèrement saillants, que la perforation remontait manifestement à la veille, et avait été faite par l'hystéromètre.

Nous avons vu, en étudiant la pathogénie des perforations, qu'elles peuvent se produire spontanément dans certains cas; en outre, il arrive quelquefois que des interventions chirurgicales donnent lieu à des fistules utéro-péritonéales qui peuvent en imposer pour une perforation.

Traitement. — Quand un opérateur acquiert, au cours d'un curettage, la quasi-certitude qu'il vient de perforer la paroi utérine, il doit, avant toutes choses, arrêter son intervention et bien se garder d'injecter quoi que ce soit dans l'utérus. Ensuite, il faudra bourrer la cavité utérine de gaze antiseptique, mettre la malade au repos au lit et attendre. Si la perforation est de petites dimensions, si le péritoine n'a pas été infecté, la guérison surviendra, le plus souvent, sans apparition d'aucun phénomène.

Si la perforation est de grande dimension, et qu'elle permette l'issue des organes abdominaux, doit-on essayer, après réduction de ces organes, de faire une laparotomie et de suturer la perforation? Doit-on faire l'hystérectomie abdominale? Nous sommes, à ce sujet, de l'avis de Lenoir, et « nous pensons qu'il est dangereux d'ouvrir l'abdomen pour risquer une suture problématique et dont l'exécution ne peut, en tous cas, avoir lieu sans redoubler les chances d'infection de la séreuse péritonéale. L'hystérectomie vaginale est, en général, facile dans les cas pour lesquels le curettage a été pratiqué, puisque les lésions n'avaient pas été jugées assez importantes pour nécessiter une opération plus radicale qu'un curettage; c'est elle qui nous paraît devoir arrêter le chirurgien ».

Prophylaxie. — On diminuera beaucoup les chances de perforation au cours de curettages en choisissant des curettes dont la cuiller ne fasse pas d'angle avec le manche, en ne les prenant pas trop tranchantes ni de trop petites dimensions, et surtout en considérant tout utérus que l'on curette comme un utérus à parois de solidité suspecte. Il est bien entendu que la crainte exagérée d'une perforation ne devra, en aucune façon, empêcher de faire un curettage dûment indiqué; mais la possibilité de cette perforation devra toujours être présente à l'esprit de l'opérateur.

Obs. I. In *Thèse Colle*, Lille, 1891. — Femme atteinte d'endométrite et de prolapsus utérin : est soumise au curettage. Au cours de cette intervention, on s'aperçoit que l'instrument s'enfonce d'une façon anormale dans l'abdomen. L'opération est néanmoins terminée, seule l'irrigation finale fut évitée. Quelques semaines plus tard, on décida l'hystéropexie contre le prolapsus. Quand l'utérus se trouva fixé entre les lèvres de la plaie opératoire, on put directement constater l'existence d'une perforation.

On disposa les sutures de façon à permettre son occlusion complète. Suites excellentes. Malade sortie de l'hôpital complètement guérie.

Obs. II (résumée). Alberti, in *Presse médicale*, 9 juin 1894, p. LXXXIV. — Le cas d'Alberti a trait à une jeune femme de trente-deux ans, multipare, qui, après un retard de règles de quinze jours, est prise de métrorragies peu abondantes, mais qui, par leur durée, la mettent au bout de trois semaines en état d'anémie aiguë. Un médecin appelé auprès de la malade, trouvant un écoulement sanguinolent fétide, un col dilaté, fait le curettage, dans l'idée d'avoir affaire à un avortement avec rétention des membranes, et pour bien faire, introduit dans l'utérus une pince afin de retirer un lambeau de membrane qui restait. Mais au lieu de la membrane, il a la désagréable surprise de ramener à la vulve une anse intestinale. Il pratique immédiatement le tamponnement du vagin à la gaze iodoformée et fait transporter la malade à l'hôpital, où Alberti exécute séance tenante la laparotomie. Une anse d'intestin de 17 centimètres, amenée à travers une perforation de l'utérus, était tellement serrée dans l'orifice cervical interne qu'on n'a pu la dégager qu'après section du col. L'anse fut replacée, l'utérus fermé par quatre sutures séro-séreuses de Lambert, tellement il était aminci, et la femme finit par guérir, pour subir plus tard un nouveau grattage pour ses métrorragies.

Obs. III (résumée). Veit, in *Presse médicale*, 9 juin 1884, p. LXXXIV. — Les faits se sont passés exactement comme dans le cas précédent. Il s'agit d'une femme qui, après un avortement, appelle le médecin. Celui-ci essaie à plusieurs reprises le curage digital, puis introduit une pince dans l'utérus, croit saisir une membrane et amène à la vulve une anse d'intestin. Veit, appelé en toute hâte, à peine une heure après l'accident, réduit assez difficilement l'intestin et fait l'hystérectomie vaginale. Deux jours après, la femme était morte de péritonite septique.

Pour Veit, le seul, le grand coupable, est la pince : « N'introduisez jamais de pince dans l'utérus si vous ne voulez pas d'accidents », telle est sa conclusion. Avec la cuiller tranchante, on peut perforer l'utérus, créer une porte d'entrée pour l'infection, mais on n'amène pas d'intestin ; par contre, quand une pince perfore l'utérus, on ne s'en aperçoit pas, on saisit une soi-disant membrane et on ramène de l'intestin.

Obs. IV (résumée). Martin, in *Presse médicale*, juin 1894, p. LXXXIV. — Le cas de Martin est réellement dramatique. Le médecin, un praticien

fort occupé, fait le curettage, croit sentir encore une membrane dans l'utérus, y introduit une pince et amène à la vulve 75 centimètres d'intestin. Il l'arrache du mésentère en disant à la famille que c'était le cordon ombilical resté après l'avortement. Puis, laissant aux soins de son assistant la malade tombée dans le collapsus, il court chez Martin qui, en arrivant, trouve la femme à l'agonie, avec l'intestin entre les jambes. Il a juste le temps d'introduire le paquet intestinal dans le vagin, et la malade meurt.

Obs. V. In *Thèse Jayle*, Paris, 1893. — X..., trente-huit ans. Accouchement il y a un mois environ. Depuis, pertes abondantes et continues.

Etat actuel : anémie considérable.

Curettage, pratiqué en ville par un praticien ordinaire, sous chloroforme. L'opération a été faite avec vigueur, mais la curette n'a pas, à un instant donné, pénétré brusquement dans la cavité abdominale, comme si l'utérus s'était laissé perforer. A la fin du curettage, l'opérateur put enfoncer son instrument jusqu'au manche, et se crut dans une cavité utérine très agrandie. Ecouvillonnage deux fois répété, à la glycérine créosotée. Lavage intra-utérin au sublimé à 1/1000 : le liquide ne ressort pas, mais l'opérateur n'y prend pas garde. A ce moment, et bien qu'endormie, la malade pâlit brusquement et les traits s'altèrent tout à coup pour prendre le type du facies péritonéal. L'injection intra-utérine a été faite longuement, et, sans rien exagérer, on peut évaluer à 600 grammes environ la quantité de liquide introduite dans l'abdomen. Irrigation vaginale terminale et pansement.

Durée de l'opération : une heure.

A son réveil (9 h. 40 matin) la malade est pâle ; ses tempes sont couvertes de sueur et sa peau est froide. Elle se plaint de vives douleurs abdominales, principalement dans le bassin et les flancs.

A midi, douleurs abdominales excessives, nausées et quelques vomissements ; faiblesse extrême. Pouls filiforme. Ventre un peu ballonné, excessivement douloureux.

A deux heures, perte de connaissance ; extrémités froides.

Morte à trois heures, six heures et demie après l'injection intra-péritonéale de sublimé.

Obs. VI. Gérard Marchant, in *Thèse Lenoir. Perforation de l'utérus au cours d'un curettage pour endométrite. Guérison*. — X..., trente-six ans. Curettage pour endométrite chronique, avec une curette de Pozzi de très petite dimension. L'opérateur eut la sensation très nette de perforer le fond de l'utérus. Le cathétérisme pratiqué auparavant n'avait pas indiqué de profondeur anormale de l'utérus.

L'opération fut continuée, le chirurgien prenant soin de ne pas aller dans la zone traumatisée ; drainage utérin à la gaze iodoformée ; on se tint prêt à intervenir, mais il n'y eut aucune suite fâcheuse, et le résultat thérapeutique cherché fut obtenu.

Obs. VII (Lenoir). *Mérite hémorragique. Curettage. Perforation du fond de l'utérus. Guérison*. — M. H..., vingt-trois ans, entre à l'hôpital

Tenon; le 9 novembre 1896. Régée à quatorze ans, mariée à vingt et un ans; il y a six mois, accouchement d'un enfant à terme. Depuis cet accouchement, léger degré de prolapsus vaginal occasionnant quelques douleurs abdominales; de plus, pertes de sang peu abondantes, mais se reproduisant assez fréquemment. Ces pertes deviennent plus abondantes depuis trois semaines, et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Au toucher, col mou, entr'ouvert, déchiré transversalement; utérus un peu gros, mobile, en antéversion. Cystocèle assez prononcée. Rien aux annexes.

Opération le 27 : Cathétérisme sans incidents; longueur, 8 centimètres. Curettage soigné de la cavité utérine, saignement assez abondant; en terminant le curettage, l'opérateur, voulant donner, sur le fond de l'utérus, un dernier coup de curette, presse un peu sur la paroi utérine avec l'extrémité de l'instrument; cette paroi cède, on a nettement la sensation que l'utérus s'est laissé perforer, et la curette s'enfonce brusquement de 2 centimètres environ.

Toute manœuvre est aussitôt cessée et la cavité utérine est bourrée avec une mèche de gaze iodoformée. Repos absolu; 5 centigrammes d'opium. Le soir, aucun ballonnement du ventre. T = 37°,2. Le 1^{er} décembre, les mèches sont enlevées. Guérison parfaite. Résultat excellent.

OBS. VIII (Lenoir). *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage post abortum. Guérison.* — Jeune femme de vingt-cinq ans, employée dans un grand magasin. Menstruation normale avant l'accident. A fait, il y a vingt-six jours, une fausse couche de trois mois environ; s'était, à ce moment, livrée à une sage-femme dont l'intervention serait suspecte. Depuis sa fausse couche, elle souffre du bas-ventre, surtout sur la ligne médiane, perd un peu en blanc et ne peut plus faire son métier qui est très fatigant, c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Col ferme, un peu entr'ouvert; utérus un peu gros; rien aux annexes; cependant, un peu de douleur dans les culs-de-sac latéraux.

Huit jours après l'entrée : curettage. Tout à fait à la fin, après avoir raclé partout et très doucement, l'opérateur, voulant donner un dernier coup, sentit sa curette s'enfoncer jusqu'au manche. Il la retira, bourra l'utérus avec de la gaze iodoformée et attendit, se réservant d'intervenir si besoin en était.

La malade n'a pas souffert, n'a pas eu de fièvre, n'a pas été constipée, s'est levée au bout de quinze jours. Le résultat thérapeutique a été parfait.

HÉMORRAGIE

Bien peu d'auteurs parlent des hémorragies qui peuvent survenir au cours d'un curettage, ou le suivre immédiatement; et, en général, ceux qui en parlent n'y insistent pas et disent simplement qu'il se produit au cours du curettage un « écoulement sanguin sans importance » que l'on peut négliger et dont un tamponnement intra-utérin se rend facilement maître.

Dans l'immense majorité des cas, c'est vrai, et cela est fort heureux; mais il ne faudrait cependant pas conclure de là que l'on ne doive jamais redouter une hémorragie, ni dire avec Berlin que « jamais crainte théorique n'a reçu de l'expérience un démenti plus formel ».

Costilhes, dans le n° 2 de la *Gazette hebdomadaire* de 1859, s'exprime ainsi : « Que penser de la curette, de cet instrument qui, employé par des confrères peu expérimentés, peut devenir une arme dangereuse et meurtrière..., occasionner des hémorragies abondantes et graves. »

Iatropoulo en parle également dans sa thèse, en 1860 : « L'hémorragie, dit-il, peut accompagner l'opération ou lui succéder immédiatement; elle peut même se prolonger pendant plusieurs jours. »

Conan, dans sa thèse (1869), attire l'attention sur la possibilité d'une hémorragie.

Il est d'autant plus important de savoir qu'une hémorragie grave peut se produire que les utérus les plus sujets à caution, à ce point de vue, sont justement ceux qui fourniront au curettage l'indication la plus formelle, nous voulons parler des utérus en état puerpéral. Ces utérus, qui contiennent encore des débris placentaires, sont mal revenus sur eux-mêmes, à peu près inertes, et ne demandent qu'un prétexte pour saigner abondamment. La curette ouvre des vaisseaux que rien ne peut oblitérer, et le sang coule à flots. Il ne nous appartient pas de faire ici un chapitre d'obstétrique, ni de prendre parti pour le curettage contre le curage digital en cas de rétention placentaire, ou inversement; disons simplement que, dans son remarquable article paru le 5 novembre 1891 dans la *Presse médicale*, et traitant de ce sujet, le P^r Gaulard, de Lille, quoique partisan convaincu du

curettage dans ce cas, ne nie pas la possibilité des hémorragies, et écrit, au contraire : « Le curettage de l'utérus puerpéral est accusé encore de produire des hémorragies. » C'est parfaitement vrai et, personnellement, j'en ai observé plusieurs cas, et même de vraiment effrayants. C'est d'ailleurs au professeur Gaulard que nous devons les deux observations d'hémorragie que nous rapportons; nous avons trouvé la première dans la thèse de son élève Guidez (Lille, 1894); il a eu la très grande amabilité de vouloir bien nous envoyer la seconde, qui est inédite.

Sans parler de l'hémophilie et des causes banales qui peuvent favoriser l'apparition d'une hémorragie au cours d'un curettage, il nous paraît intéressant de rappeler, comme causes prédisposantes, les lésions vasculaires de l'utérus signalées par Pichevin et A. Pettit. Ces auteurs décrivent une affection qui s'observe, le plus souvent, chez des femmes âgées de plus de trente ans, ayant eu des enfants, caractérisée d'abord par des ménorragies, puis par des métrorragies devenant de plus en plus abondantes et rapprochées. Ces troubles ne sont pas imputables à l'endométrite proprement dite; il s'agit, en effet, d'altérations de l'appareil circulatoire ayant pour origine soit des dilatations vasculaires sans intervention microbienne, soit une infection généralisée, ou encore l'artério-sclérose. Les varices pelviennes auraient une action prédisposante, car elles sont souvent liées à de l'œdème, à de l'infiltration de cellules embryonnaires autour des vaisseaux, et, finalement, à de la sclérose péri-vasculaire. Ce qui domine, c'est la multiplication des vaisseaux et l'altération de leurs tuniques qui sont épaissies et entourées de zones de sclérose. On peut même observer la dégénérescence amyloïde des tuniques vasculaires. Il est probable que l'existence de cette affection facilitera beaucoup l'hémorragie au cours du curettage.

Dans le cas de cancer, malgré la cautérisation au fer rouge dont Pozzi fait suivre le curettage, cette intervention détermine des hémorragies assez considérables; les malades, affaiblies par cette perte de sang, ne se remontent pas; la cachexie s'établit aussitôt et les fongosités néoplasiques repullulent avec une extrême rapidité. Il semble que, tant au point de vue local qu'au point de vue général, la curette ait donné un véritable coup de fouet à la maladie.

Au sujet de la fréquence, il en est des hémorragies comme des perforations; il est possible qu'elles soient plus fréquentes qu'on

ne le croit ordinairement, car toutes les observations n'en sont peut-être pas publiées.

L'écoulement de sang peut survenir dès le premier coup de curette, ou bien pendant l'opération, ou encore après; l'hémorragie se fait en jet, et peut être assez abondante pour mettre en danger les jours de la malade.

Certains auteurs disent que le vrai moyen de se rendre maître d'une de ses hémorragies, c'est de continuer à curetter. Le Professeur Gaulard pense qu'il ne faut pas se ranger à cet avis; « une de ses malades serait morte si on avait continué à curetter ». Il vaut mieux cesser immédiatement l'intervention, et faire au plus vite un tamponnement serré de la cavité utérine.

Pour diminuer les chances d'hémorragie, le Professeur Gaulard propose d'administrer du seigle ergoté, sous une forme quelconque, avant l'opération, aux femmes chez lesquelles cet accident est à craindre. L'irrigation chaude pourra être d'une grande utilité dans le traitement de ces hémorragies.

Lachâtre préconise l'emploi de la gélatine.

Obs. IX. Gaulard, *Ann. Soc. obst. de France*, 1893, p. 63, et in *Thèse Guidez*, Lille, 1894. *Hémorragie au cours d'un curettage pour rétention placentaire*. — Dans un cas où la délivrance avait été faite incomplètement, on dut abaisser l'utérus et procéder au curettage. La paroi utérine était molle et facile à déprimer, l'utérus presque inerte. Jet de sang important pendant l'opération; on suspend le curettage et on fait un tamponnement intra-utérin. Je crois que la femme serait morte si on avait continué à curetter. L'utérus étant en inertie, je me demande si on n'aurait pas dû faire précéder le curettage de l'administration d'un peu de seigle.

Obs. X (inédite), due à l'extrême obligeance de M. le Pr Gaulard (de Lille). *Hémorragie au cours d'un curettage pratiqué pour avortement incomplet*. — Extrait d'une lettre du Pr Gaulard :

« Il y a quelques années, deux de mes confrères de Béthune m'appelaient pour voir une de leurs clientes, multipare. Cette dame avait expulsé trois semaines au moins auparavant un embryon de trois à quatre mois. Placenta et membranes étaient, depuis ce temps, enfermés dans l'utérus. Aucun accident ne s'était encore produit, ni hémorragie, ni élévation de la température.

« Pressé par la famille, je me décide à regret à intervenir. Mon premier coup de curette amène un petit fragment placentaire, et au même instant, un flot de sang jaillit de l'utérus. Il semblait que l'on eût ouvert le robinet d'une fontaine; la malade pâlisait.

« Heureusement, prévoyant la possibilité d'un accident de ce genre,

j'avais préparé des bandelettes de gaze iodoformée. J'en bourrai la cavité utérine ainsi que le vagin. Le lendemain ou le surlendemain, le placenta vint entier derrière le tampon que j'enlevais. »

CHAPITRE III

INFECTION

A côté des accidents mécaniques que nous venons d'étudier, il en est d'autres, plus fréquents, et souvent plus graves, ce sont les accidents d'ordre infectieux.

Jayle a comparé avec raison l'infection qui suit le curetage à l'infection puerpérale; elle peut revêtir, comme celle-ci, trois modalités différentes, et être aiguë, subaiguë ou latente.

L'infection aiguë se caractérise par la production rapide d'une suppuration. Dans la forme subaiguë, on voit survenir, dès le troisième ou quatrième jour après l'intervention, des douleurs plus grandes que celles dont la malade se plaignait avant le curetage. Si on pratique l'examen, on assiste au développement progressif d'une suppuration. Bien que dans certains cas l'aboutissant de cet état soit une opération radicale, on peut cependant voir les produits de suppuration se résorber, et la guérison spontanée survenir comme elle survient après une infection puerpérale légère; on observe des signes de phlegmon du ligament large, de pelvi-péritonite, qui s'amendent assez rapidement.

Reste la troisième forme, l'infection latente, qui nous paraît être de beaucoup la plus fréquente. Si c'est la plus fréquente, c'est aussi la moins connue, parce que c'est la moins observée. Il faut, en effet, suivre les opérées minutieusement pour la dépister; d'autant plus que souvent la malade n'a présenté aucun accident aigu d'infection immédiate. Cependant, un examen et un interrogatoire précis permettent de reconnaître soit l'apparition de douleurs, soit l'accentuation de phénomènes déjà existants, pertes ou douleurs.

Pathogénie. — — L'envahissement de l'utérus et de ses annexes

par des microorganismes pathogènes est la cause première de l'infection consécutive au curettage.

Dans certains cas, les agents infectieux existaient déjà dans l'utérus et les annexes, et le curettage a agi, ou bien en exaltant leur virulence, ou bien en leur ouvrant des voies de propagation; dans d'autres, l'infection n'existait pas avant l'opération, et vient de toutes pièces du dehors.

Il y a lieu, dès lors, d'établir une division et de considérer : 1° une infection endogène; 2° une infection exogène.

a) *Infection endogène*. — Lorsque l'infection vient de l'organisme même de la malade, l'action du curettage peut se ramener à celle d'un simple traumatisme.

La curette agit d'abord mécaniquement en ouvrant des vaisseaux lymphatiques et sanguins, et ce fait a une grande importance dans l'état puerpéral, où l'utérus contient des microbes virulents auxquels on ouvre ainsi la voie vers les annexes de l'utérus et vers le péritoine. C'est là un des principaux reproches que Budin, partisan du curage digital, adresse au curettage en cas de rétention placentaire. Ce mode d'action de la curette comme agent traumatique n'est pas le seul, et nous pensons qu'il peut en être d'un utérus déjà infecté et curetté, comme il en est, par exemple, d'une articulation déjà malade, et traumatisée. L'observation de chaque jour montre qu'un traumatisme survenant sur une articulation présentant déjà un état morbide peut être, pour l'affection, un véritable coup de fouet, et peut occasionner une exagération des symptômes. Les utérus soumis au curettage n'étant pas des utérus sains, il est possible que le traumatisme occasionné par la curette agisse de la même façon. Il faut peut-être chercher là l'explication des succès qui ont suivi le curettage pratiqué en cas de métrites puerpérales et gonococciques aiguës.

Même dans les cas d'affections chroniques de l'utérus, l'action de la curette peut donner lieu à une accentuation des phénomènes observés, due à un véritable réveil des microorganismes infectieux sous l'influence du traumatisme.

Les agents pathogènes existant déjà dans la cavité utérine ne sont pas les seuls dont la virulence puisse ainsi être exaltée. Les tiraillements subis par les trompes dans les différents temps de l'opération peuvent suffire à expliquer le passage à un état plus aigu de lésions annexielles chroniques antérieures à l'opération.

Le traumatisme indirect exercé par ces tiraillements agirait sur les microorganismes de la cavité tubaire, comme le traumatisme direct agit sur ceux de la cavité utérine.

b) *Infection exogène.* — L'infection consécutive au curettage peut être due aussi à des microbes venant du dehors; elle est alors le résultat d'une faute d'antisepsie.

Si les précautions les plus minutieuses ne sont pas prises avant et pendant l'opération, les instruments pourront transporter dans l'utérus des agents pathogènes venant, soit du vagin de l'opérée, soit de l'opérateur ou de ses aides; d'où la nécessité d'une antisepsie rigoureuse.

Les pansements consécutifs ont, eux aussi, une très grande importance; l'utérus curetté, comme l'utérus en état puerpéral, est une plaie susceptible de s'infecter; qu'un morceau de gaze ne soit pas absolument aseptique, que la canule qui sert aux injections ait frôlé un objet non désinfecté, et voilà la porte ouverte à l'infection que l'on avait eu tant de peine à éviter pendant l'opération. Depuis que les indications du curettage sont mieux établies, l'infection exogène semble être plus fréquente que l'infection endogène. Si l'on s'astreint à éviter toute faute d'antisepsie, elle est appelée à disparaître totalement. Il est possible que les deux modes d'infection coexistent, chez la même malade.

Lorsqu'il y a une rémission dans les symptômes qui ont amené le curettage, et que, plusieurs jours après l'intervention, ils repaissent égaux ou accrus, l'interprétation des faits est assez difficile. On peut, en effet, se trouver en présence, non pas d'une infection venant du curettage, mais d'une réinfection qui, elle aussi, peut être endogène ou exogène. Si, par exemple, le curettage a été incomplet en cas de rétention placentaire, et qu'il reste quelques débris de membranes, il y aura réinfection autochtone.

Il peut se faire aussi qu'une flexion intense, non réduite avant ou pendant l'opération, empêche de faire un curettage rigoureux; nos observations XXIII et XXIV en sont des exemples.

Dans ces cas encore, le curettage peut être incriminé, non comme ayant déterminé l'infection, mais comme ayant laissé subsister les causes qui l'entretenaient.

La réinfection exogène la plus fréquente est due à la reprise prématurée des rapports sexuels; l'interrogatoire lèvera facilement le doute.

Symptômes. a) *Infection aiguë et suppuration rapide.* — Bien

qu'on admette que, dans les formes très graves, l'infection suive la voie veineuse, depuis les travaux de Fioupe, d'Auger, de Wallich, en France, l'importance des vaisseaux lymphatiques dans les infections péri-utérines n'est plus contestée. Puisque l'infection se fait en suivant ce chemin, on doit s'attendre à trouver comme symptômes d'infection aiguë consécutive au curettage, les signes de la lymphangite péri-utérine aiguë; c'est, en effet, ce que montrent nos observations XI et XII.

Que l'on observe des symptômes de pelvi-péritonite aiguë, ou de phlegmon du ligament large, les deux signes principaux sont : la douleur et la fièvre.

Le début est ordinairement brusque; à la suite d'un frisson qui cependant n'est pas constant, la température s'élève à 39 degrés et plus. En même temps, la malade est prise d'une douleur extrêmement intense siégeant dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen et qui présente un maximum dans une des fosses iliaques, en cas de phlegmon du ligament large. •

Cette douleur s'exaspère à la moindre pression et s'irradie non seulement vers l'hypogastre, mais aussi vers les lombes et la région supérieure de la cuisse, en suivant, d'après Kœnig, le trajet du nerf cutané externe. A côté de la fièvre et de la douleur, il existe d'autres symptômes qui, pour être inconstants, n'en sont pas moins importants : ce sont les vomissements, très fréquents au début, et surtout les modifications du pouls qui s'accélère au point d'atteindre 120 à 130 pulsations par minute, et qui, dans certains cas, devient petit et filiforme.

La constipation est la règle. L'aspect de la malade peut rester bon, et c'est seulement dans les formes graves de pelvi-péritonite que l'on observe le facies péritonéal caractéristique.

Lorsque la suppuration s'établit, elle s'annonce par une recrudescence des phénomènes généraux; la langue devient sèche, dure, l'anorexie est complète. On constate, à l'examen, l'existence d'une collection suppurée dans la cavité pelvienne.

b) *Infection subaiguë et suppuration.* — Lorsque l'infection consécutive au curettage revêt cette forme, le tableau clinique est beaucoup moins sombre. La caractéristique de cette modalité d'infection c'est le peu d'intensité de la fièvre, ou même son absence totale; les symptômes généraux n'existent pour ainsi dire pas. Le pouls reste normal, parfois seulement un peu plus fréquent qu'il ne faudrait; les vomissements, quoique observés, sont rares.

A part les sensations données par le toucher vaginal, on peut dire que la douleur est le seul symptôme vraiment constant de l'infection subaiguë.

Le plus souvent, la malade souffrait déjà du ventre avant que le curetage fût pratiqué ; mais en général, les douleurs présentaient ce caractère d'être diminuées, sinon calmées par le décubitus. Immédiatement après l'opération, la malade ne ressent guère qu'un endolorissement vague qui s'étend à tout l'abdomen. Le surlendemain, parfois même le lendemain, cet endolorissement ayant disparu, la malade n'éprouve plus rien et ne se ressent plus des douleurs qui existaient avant le curetage.

Cet état de bien-être persiste pendant un jour ou deux, et vers le quatrième ou cinquième jour apparaissent des douleurs abdominales vives, point du tout comparables à celles que la malade éprouvait avant l'intervention. Ces douleurs uni ou bilatérales ne laissent aucun repos à la patiente. Si alors on pratique l'examen génital, on trouve que les lésions antérieures ont progressé. Dans notre observations XIII, la suppuration occupait le cul-de-sac postérieur ; dans l'observation XIV, elle était développée autour des annexes gauches. Dans ce dernier cas, la malade présentait déjà à gauche des lésions annexielles avant le curetage, mais trois jours après l'opération, la masse avait déjà augmenté. La première de ces deux malades a subi l'hystérectomie vaginale quelques semaines après le curetage ; la seconde a refusé cette intervention, et nous ne savons ce qu'elle est devenue.

Outre ses douleurs, la malade de l'observation XIV avait des vomissements bilieux et une constipation tenace.

Bien qu'une intervention radicale s'impose souvent, lorsqu'un curetage est suivi d'infection subaiguë et de suppuration, il peut arriver que les produits inflammatoires se résorbent.

Nos observations XV, XVI, XVII en sont des exemples. La première est caractéristique ; pendant huit jours, rien de particulier n'est survenu, la malade s'est même levée, et cette imprudence semble avoir été la cause déterminante de l'apparition des phénomènes douloureux. Il est regrettable que nous n'ayons pas été à même d'examiner cette malade avant son curetage ; mais étant donné qu'elle était très affirmative sur le peu de rapport, au point de vue de la violence, entre les douleurs antérieures et celles consécutivées au curetage, on est en droit de penser que l'intervention est la cause de l'exacerbation des phénomènes douloureux.

Nous avons assisté, chez cette malade, à une poussée de pelvi-péritonite que le traitement médical a suffi à amender.

Les deux autres observations d'infection subaiguë suivie de résorption des produits inflammatoires, que nous rapportons, ressemblent absolument à celle-là. La malade de l'observation XVI présenta, outre de la pelvi-péritonite, une inflammation du ligament large. Dans les trois cas, il y eut une fièvre peu intense qui disparut peu à peu.

c) *Infection sourde et latente.* — Nous avons dit déjà ce qu'il faut entendre par infection sourde et latente, par infection lente consécutive au curettage.

Les symptômes de cette infection sont essentiellement ceux des inflammations chroniques de l'utérus, des trompes et des ovaires.

Nous avons vu que le curettage et les soins consécutifs à l'opération peuvent donner lieu à ces symptômes de deux façons différentes : ou bien en créant l'infection de toutes pièces, ou bien en agissant comme un coup de fouet donné à une infection préexistante, mais à allures jusque-là tranquilles.

Il y a donc lieu, ici, de considérer deux catégories de malades : 1° celles qui présentaient déjà des symptômes d'infection avant le curettage ; 2° celles qui n'en présentaient pas.

La majeure partie des observations que nous rapportons ont trait à des malades du premier groupe, de beaucoup le plus important comme nombre. Sauf de rares exceptions, le début des accidents déjà existants doit être cherché dans une infection gonococcique ou puerpérale, post-partum ou post-abortum.

Pour étudier les choses de plus près et éviter des redites en analysant chaque observation, nous pouvons prendre un exemple, une malade type, et examiner ce qui se passe. Supposons une femme se présentant avec, par exemple, une métrite blennorrhagique chronique et une salpingite unilatérale légère, cas fréquent, et dont on trouvera des exemples dans nos observations.

Lorsque, deux ou trois semaines après le curettage, la malade quitte l'hôpital, rien de particulier n'a, en général, été noté chez elle. Cependant, l'examen attentif de la température pourrait souvent montrer que quelque chose de nouveau est survenu.

Tandis qu'avant l'intervention, le thermomètre marquait 37 degrés, il monte à 38 degrés après le curettage et y reste pendant plusieurs jours. Cette élévation de température étant minime, on

y prête, en général, peu d'attention; c'est cependant un des meilleurs signes d'infection lente.

Toujours avant la fin du premier mois, souvent plus tôt, quelquefois immédiatement après l'opération, des douleurs commencent à revenir dans le bas-ventre, d'abord sourdes, puis plus vives; elles n'existaient que d'un côté, maintenant elles sont bilatérales; elles ne survenaient guère qu'au moment des règles, maintenant les crises douloureuses existent aussi pendant les espaces inter-menstruels.

Avant l'opération, les douleurs n'étaient ressenties que dans le ventre et n'empêchaient ni le sommeil, ni la marche; maintenant, la douleur s'irradie dans les cuisses, dans les régions inguinales, dans les lombes; la marche est presque impossible, le sommeil presque nul. Les pertes ne tardent pas à revenir aussi, souvent plus abondantes qu'auparavant, et cependant, il n'y a aucune nouvelle cause d'infection surajoutée.

A l'examen, on trouve, ou bien que les lésions premières ont augmenté, ou bien qu'elles sont restées ce qu'elles étaient, mais que les douleurs qu'elles provoquent sont beaucoup plus grandes; souvent on trouve de la suppuration.

Nous venons de prendre comme exemple une infection gonococcique; les choses se passent de la même façon si l'infection première était purpérale.

Les types de malades que nous venons de prendre sont les plus fréquents. On peut objecter que, dans ces cas, le curetage ne saurait être incriminé comme cause, puisque l'infection (post-purpérale ou blennorragique) existait avant.

A cela, nous répondrons que le curetage, agissant comme traumatisme, a, en tous cas, réveillé une infection qui sommeillait et qui n'était accompagnée d'aucune réaction fébrile, même légère. Il n'est pas rare de voir des femmes présenter, avant un curetage, des pertes minimales et des douleurs peu intenses. Comme ce sont très souvent des nerveuses, les douleurs les irritent moralement beaucoup plus qu'elles les gênent physiquement, les pertes les ennuiant; on les curette, et, après une rémission plus ou moins grande, souvent même tout de suite, les pertes sont plus abondantes et les douleurs augmentent au point d'empêcher la marche et le sommeil. Il nous semble que le curetage doit en être rendu responsable.

Ne sont-ils pas plus probants encore, ces cas qui composent

notre second groupe, où des malades, non préalablement infectées, l'ont été à la suite d'un curetage? Nos observations XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, en sont des exemples.

Dans les observations XVIII et XIX, il s'agit de femmes ayant été curettées pour des douleurs abdominales manifestement dues à l'existence d'un rein mobile.

La malade de l'observation XVIII a eu deux accouchements, et on pourrait, à la rigueur, vouloir faire remonter là la cause de l'infection. Nous ne pensons pas qu'il doive en être ainsi : d'une part, la malade n'a jamais eu de pertes, d'aucune nature, avant son curetage, même pendant les huit mois qui ont séparé le deuxième accouchement de l'intervention ; or, l'endométrite post-puerpérale s'accompagne de pertes. D'autre part, au point de vue des douleurs, nous voyons que la malade, qui n'avait souffert du côté gauche à aucun moment avant le curetage, souffre de ce côté depuis qu'elle a été opérée ; du côté droit, les douleurs anciennes ont subsisté, caractéristiques, et en tout semblables à celles que provoque un rein mobile ; mais outre ces douleurs, la malade en présente d'autres, maintenant, dans la région ovarienne. L'examen révèle une néphroptose et des signes d'infection utérine et annexielle.

Il est probable que les accouchements jouent bien un rôle dans l'étiologie de ce rein mobile, mais il nous paraît que le curetage doit être mis en cause au sujet de cette infection.

Plus probantes encore sont les observations XX, XXI, XXII. Il s'agit là de simples leucorrhées, liées, comme il arrive souvent, à un mauvais état de l'appareil digestif. On pratique un ou plusieurs curetages, et on observe quelques semaines après, outre les phénomènes déjà existants (pertes blanches, pesanteur à l'épigastre, etc.), des signes nets d'endométrite et de lésions annexielles qui n'existaient pas avant l'intervention. Ce qu'il importe de retenir dans les trois observations en question, c'est le peu d'intensité des douleurs et leur défaut de localisation avant le curetage, caractères que n'ont plus les douleurs postérieures à l'opération, qui sont plus vives et localisées dans les régions annexielles avec ou sans irradiations. Quant aux pertes, au lieu d'avoir simplement un aspect leucorrhéique, elles sont devenues jaunes, épaisses, glaireuses, irritantes pour les tissus, et ont, en un mot, les caractères des pertes qui accompagnent l'endométrite infectieuse chronique. Puisqu'il n'existait aucune infection avant

le curettage, qu'il n'en est survenu aucune entre l'opération et le commencement des troubles que nous venons de signaler, il y a tout lieu d'admettre que là encore le curettage doit être incriminé. En disant le curettage, nous voulons parler, bien entendu, non seulement de l'opération elle-même, mais aussi des soins consécutifs.

Malgré ses cinq accouchements, la malade de l'observation XXIII peut aussi être considérée comme n'ayant pas été infectée avant le curettage. Il s'est écoulé en effet, huit ans entre le dernier accouchement et l'apparition des premières hémorragies, dues, d'ailleurs, à un fibrome; il faudrait admettre, si on voulait faire dater d'un accouchement le commencement de l'infection, que cette infection a mis huit ans à se manifester.

Cela nous paraît inadmissible, tandis qu'entre l'apparition des symptômes d'infection et le curettage il s'est écoulé très peu de temps, tout au plus trois semaines, au dire de la malade. Il est probable que le fibrome a subi, au cours du curettage, une de ces mortifications dont nous avons parlé déjà en étudiant la pathogénie des perforations, et qui peuvent aboutir à l'infection et à la suppuration d'une partie au moins de la tumeur.

La malade de l'observation XXV a été curettée cinq fois pour des métrorragies paraissant dues à son état général; ces hémorragies sont devenues plus fréquentes à partir du troisième curettage; les douleurs ont augmenté dès le premier.

A part ces cas, en somme exceptionnels, où des pertes sont dues à l'état général des malades; à part aussi ceux, déjà plus fréquents, où les douleurs sont dues à un rein mobile, les types des malades que l'on a pu curetter sans qu'elles aient d'infection antérieure, ce sont ces femmes anémiques, à mauvais appareil digestif, à constipation habituelle, qui présentent souvent de la dysménorrhée et de la leucorrhée, et qui, presque toujours, sont extrêmement nerveuses, sinon tout à fait névropathes.

Avant leur curettage, ces femmes ont des règles douloureuses et pauvres, elles ont des pertes blanches, d'un blanc laiteux, différant absolument des pertes jaunes ou verdâtres consécutives à une infection.

Après l'intervention, les douleurs sont plus intenses qu'avant, au moment des règles; elles continuent dans les intervalles intermenstruels; les pertes sont devenues plus abondantes, elles sont jaunes et glaireuses.

A l'examen, on trouve des signes d'annexite de péri-annexite, de métrite qui n'existaient pas avant. Là encore, l'infection nous paraît venir de l'intervention.

Anatomie pathologique. — De même que les symptômes des affections causées par une infection consécutive à un curetage n'ont rien de particulier en eux-mêmes, les lésions anatomo-pathologiques, que l'on peut rencontrer au cours des opérations ou des autopsies, n'offrent rien de spécial.

Le péritoine, l'utérus, les annexes présentent les altérations caractéristiques des pelvi-péritonites, des phlegmasies du ligament large des métrites, des salpingo-ovarites aiguës ou chroniques, suivant les cas. Le pus que l'on peut recueillir renferme les microbes ordinaires de la suppuration.

Pronostic et traitement. — Le pronostic de l'infection consécutive au curetage varie évidemment avec la forme de cette infection, c'est-à-dire avec la virulence des agents pathogènes et le degré de réceptivité de l'organisme de la malade. Bien que les accidents puissent céder à un traitement médical, le pronostic des formes aiguës et subaiguës est, en somme, assez grave, puisqu'on peut être amené à pratiquer une laparotomie ou hystérectomie vaginale.

Pour l'infection lente, il faut tenir très grand compte du tempérament de la malade, au point de vue du pronostic.

Tout d'abord, il semble que les femmes anémiques aient une tendance à s'infecter plus facilement que les autres.

De plus, l'élément nerveux tient une place importante.

Certaines femmes semblent s'accommoder facilement de lésions parfois assez considérables, tandis que d'autres éprouvent des douleurs très intenses pour des altérations, en somme, minimes. Il semble que chez ces dernières l'élément névropathique joue un très grand rôle.

Le traitement des différentes formes d'infection résultant d'un curetage est extrêmement complexe et se ramène au traitement des infections utérines et péri-utérines aiguës ou chroniques. Il ne nous appartient pas d'entrer dans la discussion de ces différents traitements. Qu'il nous suffise de dire que les accidents d'infection postérieurs à un curetage deviendront d'autant moins fréquents que les indications de l'intervention seront mieux établies, et que les lois de l'antisepsie seront mieux respectées.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent sont classées suivant le mode d'infection auquel elles se rapportent. Les deux premières (obs. XI et XII) ont trait à l'infection aiguë avec suppuration rapide.

Les observations XIII, XIV, XV, XVI, XVII, sont relatives à l'infection subaiguë.

Toutes les autres sont des exemples d'infection lente. Les observations XVIII à XXVI sont particulièrement nettes, les malades n'ayant présenté aucune infection antérieure au curettage. De l'observation XXVI à l'observation XXXVI, il s'agit de femmes chez qui le curettage a été immédiatement suivi soit de l'apparition de phénomènes nouveaux, soit de l'accentuation des signes anciens.

Les dernières observations peuvent, peut-être, prêter à discussion, puisque là les signes d'infection n'ont pas été immédiats et qu'il y a eu rémission des symptômes préexistants. Mais, la rémission ayant été très passagère, ces observations prouvent, en tous cas, que le curettage a été absolument inefficace.

A part les observations XII, XIII, XVI, XX, déjà publiées par Jayle, toutes celles qui suivent sont inédites.

Obs. XI. *Curettage. Infection rapide. Traitement médical. Amélioration.*

— D... (Pauline), vingt-six ans; réglée à treize ans.

Règles régulières, peu abondantes, indolores, durant de quatre à cinq jours.

Un accouchement en Juin 1896; suites normales; pas de fausse couche. Blennorrhagie vers octobre 1897.

Depuis son accouchement déjà, et surtout depuis sa blennorrhagie, la malade a des pertes jaunes, devenues verdâtres, abondantes, tachant le linge, irritantes. Jamais de métrorragies ni de ménorragies.

Douleurs dans le ventre, des deux côtés, légères depuis l'accouchement, considérablement augmentées depuis la blennorrhagie, irradiations vers les cuisses. A partir de janvier 1898, les douleurs deviennent très violentes, elles empêchent la marche et ne sont plus guère calmées par le repos au lit. La malade se décide à consulter un médecin qui porte le diagnostic de métrite et de salpingite double et propose un curetage.

L'opération est pratiquée le 27 février 1898, en ville, sans chloroforme.

Pendant trois jours, la température, bien que non prise au thermomètre, semble normale au médecin, qui se contente de l'inspection du poulx. Le quatrième jour surviennent des douleurs extrêmement violentes dans tout l'abdomen, une fièvre très vive, des vomissements. Malgré les instances de son médecin, la malade, épouvantée par l'idée d'une opération nouvelle, refuse absolument d'entrer à l'hôpital.

Appelé à voir cette malade le 4 mars au matin, six jours après le curetage, je la trouvai avec tous les signes d'accidents péritonéaux violents; la douleur, étendue à tout l'abdomen, était encore extrêmement vive, malgré les injections sous-cutanées de morphine. Les vomissements étaient arrêtés, il n'y avait pas de hoquet; le facies était nettement péritonéal. Le ventre, extrêmement tendu et ballonné, ne permettant pas un examen approfondi, je dus me contenter de constater dans la région ovarienne droite un empatement très considérable, s'étendant sur la ligne médiane jusqu'à l'utérus, et remontant à environ trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Température, 39°7, constipation opiniâtre, urines rares. J'insistai encore auprès de la malade pour qu'elle se fit opérer, mais devant son refus formel, un traitement médical dû être institué.

On prescrivit à la malade un lavement purgatif; on lui appliqua sur le ventre un cataplasme glacé sur lequel reposait encore une vessie de glace. Injections vaginales au permanganate de potasse. Injections sous-cutanées de morphine.

Le 4 mars au soir, la douleur étant moins vive, l'examen complet put être pratiqué. La paroi abdominale, moins tendue grâce au lavement, permet de reconnaître, à la palpation, l'empatement, déjà perçu, de toute la fosse iliaque droite. Cet empatement, qui, au premier examen, avait semblé ne pas dépasser la ligne médiane, s'étend, en réalité, sur l'utérus et le dépasse même vers la gauche.

Le toucher vaginal, bien que difficilement pratiqué, donne les résultats suivants : col utérin gros, dur, granuleux, corps en antéflexion, tout l'organe étant en rétroposition. Dans le cul-de-sac droit on sent une masse volumineuse, empâtée, que l'on ne peut circonscrire nettement, et qui est très douloureuse. L'empatement se prolonge en arrière dans le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac gauche, les annexes de ce côté, hypertrophiées et douloureuses, sont facilement senties, et semblent être du volume d'une petite noix. L'empatement qui existe à droite ne se retrouve pas à gauche.

Bien que la fièvre ait légèrement augmenté depuis le matin (température, 39°,8), l'état de la malade semble moins mauvais. Le traitement par la glace et la morphine est continué; la malade est alimentée avec du lait et du champagne glacés.

5 mars. — Matin, température, 39°,4; soir, température, 39°,6; l'état général semble meilleur; la malade a été à la selle spontanément. Légère congestion des deux bases; ventouses; soir, température, 39°,6.

6 mars. — La malade a un peu dormi, mais a été agitée une bonne partie de la nuit. Matin, température, 39°,2; soir, température, 39°,4.

7 mars. — Les râles de congestion ont diminué; la douleur de l'abdomen semble être moins vive, bien que les doses de morphine soient moins grandes. L'empâtement se rapproche de la gauche vers la ligne médiane et remonte moins haut à droite. Matin, température, 38°,2; soir, température, 38°,8.

8 mars. — Rien de particulier depuis la veille; la malade a dormi la majeure partie de la nuit, et se sent beaucoup mieux. Matin, température, 38°,2; soir, température, 38°,6.

9 mars. — Les phénomènes péritonéaux semblent décidément s'amender; la douleur et l'empâtement diminuent d'une façon sensible. Matin, température, 38°,4; soir, température, 37°,8.

10 mars. — L'amélioration continue; le ventre est beaucoup moins sensible, bien moins tendu; la constipation a cédé. Matin, température, 38 degrés; soir, température, 37°,5. L'amélioration très notable permet d'appliquer à la malade six sangsues à la région ovarienne droite.

11 mars. — A partir de ce jour, la température n'atteint plus 38 degrés, et la malade va de mieux en mieux.

Le 9 avril, les phénomènes semblent avoir disparu; un léger empâtement subsiste seulement à droite; les lésions annexielles existent toujours.

Obs. XII. Jayle, in *Presse médicale*, 25 mars 1896. *Curettage. Infection rapide à streptocoque. Hystérectomie vaginale. Fistule recto-vaginale. Col-pocléisis.* — Ch..., dix-neuf ans, réglée à douze ans. Règles régulières, très abondantes, très douloureuses, durant de dix à douze jours.

Pas d'accouchement ni de fausse couche.

En fin décembre 1893, la malade contracte une blennorrhagie.

En janvier, assez brusquement, surviennent des douleurs au niveau des annexes, à droite d'abord, puis à gauche quelques jours plus tard.

Au mois de mars 1894, la malade entre à l'hôpital, en médecine, où l'on fait le diagnostic de métrite et salpingite double légère. Le repos, les injections, l'enveloppement humide ne donnant aucun résultat, et la malade ayant des métrorragies, le curettage semble indiqué et est pratiqué le 4 juin, sous chloroforme. Cinq jours après, la température atteignait 39 degrés, alors qu'avant son curettage la malade n'avait jamais eu de fièvre. De violents accidents péritonéaux surviennent, et la température axillaire oscille entre 37 et 40 degrés pendant une dizaine de jours, puis elle se maintient autour de 38 degrés. La malade passe en chirurgie, dans le service de M. Pozzi.

Le 10 juillet, la malade souffre relativement peu au repos, mais son ventre est légèrement ballonné et très douloureux. A la palpation, on perçoit, à travers la paroi abdominale, qui est assez forte, un empatement profond qui remonte à droite jusqu'à l'ombilic, et à gauche, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous. Au toucher, les culs-de-sac ne sont remplis par aucune saillie; mais en les déprimant très légèrement on sent, de chaque côté, la partie inférieure de la masse perçue à travers la paroi abdominale. Le cul-de-sac postérieur est empâté et douloureux. Les douleurs s'irradient du ventre dans les cuisses. L'état général est encore assez bon parce que la malade est très robuste; néanmoins l'amaigrissement est notable et l'anémie marquée. Il existe une diarrhée continuelle et la langue est sale. Douleurs en urinant après le curettage. Pas de fréquence des mictions. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée et permit d'ouvrir plusieurs poches suppurées. Malheureusement, survint au troisième jour une fistule recto-vaginale pour laquelle fut pratiqué un colpocléisis. Le succès immédiat était bon, mais la malade quitta brusquement l'hôpital le vingtième jour et on ne sait si la guérison s'est maintenue.

L'examen bactériologique du pus a été pratiqué et révéla (examen direct, cultures, inoculation) l'existence d'un streptocoque virulent à l'état de pureté.

Obs. XIII (Jayle, *Presse médicale*, 25 mars 1896). *Curettage. Infection subaiguë et suppuration.* — Tr..., vingt et un ans, entrée le 25 janvier 1895 dans le service de M. Pozzi; elle est atteinte de métrite blennorrhagique chronique et de salpingite double légère. Le repos, les injections chaudes, l'enveloppement humide amènent une amélioration notable. Mais les douleurs reparaissent dès que la malade marche. Sur sa demande et sur celle de son médecin, le curettage est fait sous chloroforme le 28 février 1895.

L'examen permet en même temps de constater que les deux trompes sont grosses comme le pouce, l'opération sera donc inutile. Elle est néanmoins pratiquée avec douceur; la curette ramène des débris de muqueuse assez abondants. Des pansements intra-utérins d'abord, vaginaux ensuite, furent faits régulièrement. La malade n'eut pas d'élévation de la température, mais n'empêche que dès le troisième ou quatrième jour après le curettage les douleurs devinrent très vives en même temps que peu à peu se développa dans le cul-de-sac postérieur une grosse collection suppurée pour laquelle l'hystérectomie vaginale dut être exécutée le 12 avril 1895.

Obs. XIV. *Curettage. Infection subaiguë et suppuration.* — S... (Berthe), vingt-cinq ans; pas d'accouchement ni de fausse couche. Blennorragie aiguë vers septembre 1896. Curettage à Rueil, en ville, sous chloroforme, le 17 avril 1898, pour douleurs abdominales et pertes jaune verdâtre.

Règles. — Régulières, peu abondantes, 3 à 6 jours, indolores. Depuis janvier 1897, les règles sont moins abondantes qu'auparavant, et sont devenues douloureuses.

Pertes. — Blanches ordinaires, jaunes verdâtres, depuis septembre 1896. Jamais de métrorrhagie ni de ménorrhagie.

Douleurs. — Depuis sa blennorrhagie et surtout depuis janvier 1898, la malade souffre dans les deux régions ovariennes. Ces douleurs, qui surviennent par crises, sont calmées par le repos au lit; elles ne s'irradient pas vers les cuisses, ni les aines, ni les lombes. Sensation de pesanteur vers l'anus.

Examen physique (17 avril 1898, jour du curettage). — Col petit, dur, granuleux, regardant en avant; au spéculum, on voit l'orifice ulcéré. Corps dur, douloureux, en rétroflexion, tout l'organe étant en rétroversion.

Les annexes des deux côtés sont senties, en place, légèrement hypertrophiées. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Rétroversion et rétroflexion de l'utérus. Annexite double légère.

Traitement. — Malgré des avis contraires donnés antérieurement, la malade est curettée le 17 avril 1898.

Etant données les lésions annexielles, l'abaissement à la vulve n'est pas fait.

La curette ramène des débris de muqueuse abondants. L'opération est terminée sans incidents.

Avant l'opération, la température de la malade était 37°,2. Le soir, après l'opération, 37°,5.

18 avril. — Temp. 37°,3 le matin, et 37°,5 le soir. Pansement intra-utérin à la gaze iodoformée.

19 avril. — Temp. 37°,2 le matin, 37°,3 le soir. La malade se plaint de douleurs sourdes dans tout l'abdomen. Constipation. Pansement iodoformé. Lavement purgatif.

20 avril. — Temp. 37°,2 le matin, 37°,2 le soir. Douleurs violentes dans tout l'abdomen, mais surtout à gauche. Vomissements bilieux.

On examine la malade, et on trouve, dans le cul-de-sac gauche, une masse fluctuante, très douloureuse, ayant un volume supérieur à celui qui avait été observé avant l'intervention.

Une vessie de glace est mise à demeure sur le ventre de la malade. Injection de morphine. Lavement purgatif.

21 avril. — Les douleurs deviennent de plus en plus vives; une intervention radicale est conseillée à la malade, qui la refuse. Nous ne l'avons pas revue depuis.

Obs. XV. *Curettage. Infection subaiguë et résorption des produits inflammatoires.* — R... (Jeanne), trente-deux ans.

Trois accouchements : en 1888, 1893, 1894, tous les trois normaux et sans suites immédiates.

Une fausse couche en 1890, sans incidents. Pas de blennorrhagie.

Curettage en ville, sous chloroforme, le 7 février 1898, pour pertes jaunes et douleurs abdominales.

Règles. — Les premières à quatorze ans.

Avant les grossesses : régulières, abondantes, six, sept jours, indolores. Pas de modifications après les grossesses.

Pertes. — Aucune avant les grossesses. Depuis le premier accouchement, pertes jaunes abondantes, augmentées à chaque accouchement, extrêmement abondantes depuis le dernier, jamais de pertes vertes ni rouges.

Douleurs. — La malade a toujours souffert du ventre, même avant son mariage ; les douleurs n'étaient pas exagérées par les règles, elles étaient, au contraire, souvent diminuées à cette époque. Les accouchements et la fausse-couche ont rendu ces douleurs plus vives ; elles survenaient par crises, n'empêchaient ni la marche, ni les stations debout et n'avaient aucune irradiation.

Agacée par ces douleurs continuelles, la malade, d'ailleurs névropathe, se décide à aller consulter, et un curettage est pratiqué le 7 février 1898, pour métrite.

Suites opératoires. — Les suites immédiates sont normales ; cependant, dès le troisième jour, la malade, qui jusque-là n'avait rien ressenti, recommence à éprouver des douleurs semblables à celles dont elle souffrait auparavant. Quoiqu'elle ait eu un peu de fièvre, et malgré les avis de son médecin, elle se lève le huitième jour.

Le soir de ce même jour, elle est prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs empêchent la malade de marcher et même de se redresser. Irradiations vers les cuisses et les aines. Prise de peur, elle se présente à la maison de Nanterre où elle est admise d'urgence dans le service du Dr Laugier. Une heure après son arrivée, la température de la malade était 38°,8.

16 février. — Matin, temp. 38°,2. L'examen révèle, outre de l'endométrite et de la métrite du col, un empâtement considérable du cul-de-sac postérieur, empâtement qui efface aussi en partie le cul-de-sac droit. Néanmoins, on sent les annexes droites très hypertrophiées et du volume d'une mandarine. Le cul-de-sac gauche est libre et permet de sentir les annexes de ce côté légèrement hypertrophiées.

La malade présentant une congestion assez intense de la base du poulmon droit, et une insuffisance mitrale, est gardée en médecine.

Etant donnée l'absence de phénomènes péritonéaux nets, on est en droit de penser que la congestion pulmonaire peut ne pas être étrangère à l'élévation de la température, bien que l'insuffisance mitrale puisse à elle seule expliquer une congestion passive. Les douleurs abdominales ayant considérablement diminué aussitôt la malade couchée, on porte le diagnostic de pelvi-péritonite subaiguë et de pyosalpinx droit. On applique des sangsues sur la région ovarienne droite. Ventouses sèches dans le dos. Soir, temp. 38°,5.

17 février. — Matin, température, 38 degrés. Les râles de congestion ont diminué. Les sangsues ont beaucoup soulagé la malade. On applique un cataplasme glacé sur lequel repose encore une vessie de glace. Soir, température, 37°,8.

18 février. — La malade se trouve beaucoup mieux. Le toucher vaginal permet de constater que le volume de la poche suppurée du côté droit est légèrement diminué. La congestion du poulmon a presque disparu. Pendant une dizaine de jours, la température varie de 37°,5 à 38°,2, puis se maintient normale.

Un mois après, la malade quitte la maison, souffrant encore du ventre autant qu'avant son curettage, mais pas plus. Les pertes sont ce qu'elles étaient avant.

OBS. XVI (Jayle, *Presse médicale*, 25 mars 1896). *Curettage. Infection subaiguë et résorption des produits inflammatoires.* — B..., vingt-deux ans, entre le 26 juin 1894 à l'hôpital Broca, salle Bouley, n° 5. Pâle, anémique, de constitution délicate, la malade se plaint de pertes blanches et de quelques douleurs légères de ventre. Le 4 juillet est pratiqué un curettage sous chloroforme. Sept jours après, la température axillaire était de 39 degrés et se maintenait assez élevée pendant huit jours. En même temps survenaient des phénomènes de pelvi-péritonite. Au toucher, on sentait une masse dure, douloureuse, au niveau du ligament large droit et, adhérente à l'utérus en dedans, aux parois du bassin en dehors. On songea à une inflammation du ligament large avec pelvi-péritonite de voisinage; mais rien n'autorisant à affirmer la suppuration, l'expectation parut sage. En effet, les phénomènes douloureux s'amendèrent peu à peu. Une nouvelle poussée (10 au 14 août) engagea cependant la malade à passer en chirurgie dans le service de M. Pozzi. Là, les accidents ne reparurent plus et la guérison survint en septembre.

OBS. XVII, due à l'obligeance de M. le Dr M... *Curettage. Infection subaiguë et résorption des produits inflammatoires.* — M... (Héloïse), femme F..., trente ans, deux accouchements : le premier en 1882, le deuxième en 1885, tous les deux faciles et sans suites immédiates. Pas de fausse couche, pas de blennorragie.

Règles. — Avant les accouchements : régulières, peu abondantes, trois jours, indolores. Depuis les accouchements, les règles surviennent d'une façon moins régulière et la malade reste parfois trois mois sans rien voir. Les autres caractères sont les mêmes. Premières règles à onze ans et demi.

Pertes. — Blanches depuis la puberté. Jaunes depuis le premier accouchement. Jamais de pertes vertes ni rouges.

Douleurs. — Légères, mais devenant intolérables au moment des règles, siégeant dans les régions ovariennes, avec irradiation vers les lombes. Rien vers les aines, les cuisses ni l'anus.

On porte le diagnostic de métrite avec salpingite double, et un curettage est pratiqué le 24 août 1898, sous chloroforme.

Rien de particulier pendant les trois premiers jours après l'intervention. Le quatrième jour au matin, le thermomètre donne 38°,2 et 39°,4 le soir. Léger ballonnement du ventre, douleurs abdominales peu intenses et non localisées.

De la glace est mise en permanence sur le ventre. L'examen, pratiqué le matin du cinquième jour après le curettage, permet de sentir une masse dure et douloureuse, occupant le cul-de-sac postérieur en totalité et les culs-de-sac latéraux en partie. L'état général de la malade étant bon malgré la fièvre, les applications de glace semblant donner de bons résultats, aucune intervention ne fut proposée.

Après avoir oscillé pendant neuf jours entre 38 et 39 degrés, la température commença à descendre d'une façon régulière, en même temps que les douleurs diminuaient. Le 11 septembre (18 jours après son curettage) la malade ne souffrait plus, et, dans les premiers jours d'octobre, elle fut autorisée à quitter son lit.

Il est fort probable que cette malade avait fait, consécutivement à son curettage, une poussée de pelvi-péritonite.

OBS. XVIII. *Rein mobile. Curettage. Infection lente.* — N... (Cécile), femme L..., vingt-sept ans. Deux accouchements : le premier en 1895, le deuxième en 1897, normaux ; suites physiologiques.

Pas de fausse couche. Pas de blennorrhagie. Curettage en mai 1898, huit mois après le second accouchement, pour douleurs dans l'abdomen et la région lombaire du côté droit.

Règles. — Régliée à quinze ans. Régulières, abondance normale, six jours, indolores. Aucun changement après les accouchements et le curettage.

Pertes. — Aucune avant le curettage.

Depuis le curettage et immédiatement après lui, la malade a des pertes jaunâtres, principalement au moment de ses règles, mais qui subsistent même dans les intervalles inter-menstruels. Jamais de métrorragie, ni de ménorragie.

Douleurs. — Depuis son premier accouchement, la malade souffre dans les reins et dans le ventre du côté droit ; ces douleurs sont pour ainsi dire continuelles, et beaucoup diminuées par le décubitus dorsal ; la station debout est vite fatigante ; la marche rapidement douloureuse. Depuis le curettage et aussitôt après, la malade accuse une recrudescence des douleurs du côté droit ; de ce côté, les douleurs primitives de la région lombaire ont subsisté, et de plus, elles sont accompagnées maintenant de douleurs dans la région ovarienne.

La malade, qui n'avait avant son curettage jamais éprouvé de douleurs du côté gauche, souffre maintenant dans l'abdomen de ce côté ; ces douleurs s'irradient vers la cuisse gauche.

Examen. — Praticué à la maison de Nanterre le 24 juin 1898.

Paroi abdominale normale ; vergetures très nombreuses.

Vulve normale ; col déchiré, dur, granuleux ; corps en antéflexion, les annexes droites sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur et légèrement hypertrophiées ; les annexes gauches sont en place, mais sont hypertrophiées plus que celles du côté droit, et sont douloureuses. La palpation attentive de la région lombaire droite permet de reconnaître que le rein de ce côté est mobile.

Diagnostic. — Néphroptose du côté droit. Métrite et annexite double.

Traitement. — Ceinture abdominale avec pelote rénale. Injections intra-utérines de sublimé à 1/4000. Pansements à la glycérine ichtyolée sur le col.

La malade quitte la maison de Nanterre, le 3 juillet, très améliorée.

OBS. XIX. *Rein mobile. Curettage. Infection lente.* — V... (Marie), femme L..., trente ans.

Un accouchement en 1893, facile, sans suites immédiates.

Pas de fausse couche ni de blennorragie.

Curettage en fin 1896, en ville, sans anesthésie, pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Règles. — Les premières à douze ans. Régulières, peu abondantes, deux à trois jours, indolores. Non modifiées par l'accouchement et le curettage.

Pertes. — Blanches depuis la puberté; jamais de pertes jaunes, ni vertes, ni rouges avant le curettage. Aussitôt après l'intervention, les pertes, qui étaient absolument blanches, sont devenues jaunâtres et plus abondantes.

Douleurs. — Avant l'intervention, la malade souffrait depuis son accouchement de douleurs vives dans l'abdomen du côté droit; ces douleurs, qui survenaient par crises et étaient calmées par le repos au lit, s'irradiaient vers les lombes seulement.

Immédiatement après le curettage, outre l'irradiation vers les lombes, la malade souffre aussi vers la cuisse et l'aîne du côté droit; les douleurs abdominales existent encore et s'étendent maintenant au côté gauche. Le décubitus dorsal ne suffit plus à calmer ces douleurs.

Examen physique (25 août 1897). — Col normal, corps en antéflexion légère, douloureux. Les annexes gauches sont légèrement hypertrophiées et douloureuses; les annexes droites prolabées dans le cul-de-sac postérieur sont grosses et douloureuses. Le rein droit est nettement mobile.

Diagnostic. — Néphroptose. Infection lente.

Traitement proposé. — Hystérectomie vaginale. Néphropexie.

OBS. XX (Jayle, *Presse médicale*, 25 mars 1896). *Curettage. Infection sourde et latente.* — G..., vingt-cinq ans. En octobre 1893, la malade se plaignant de troubles digestifs alla trouver un médecin, qui lui découvrit un peu de leucorrhée datant de l'enfance, mais pour laquelle il proposa néanmoins un curettage. L'opération fut faite, sous chloroforme. Trois ou quatre jours après, la malade commençait à souffrir du ventre et eut quelques vomissements; elle ne se souvient plus si elle a eu de la température. Elle garda le lit plus ou moins complètement jusqu'en mars 1894, époque à laquelle le même médecin fit un deuxième curettage qui, pas plus que le premier, ne supprima les pertes, mais augmenta les douleurs. Dès lors, la malade ne put plus quitter le lit et rentra à l'hôpital Broca, dans le service de M. Pozzi. Le 7 juin 1894, on dut pratiquer la laparotomie, qui permit d'enlever les annexes. Les suites ne furent pas simples, la malade, décidément malchanceuse, eut des accidents mis sur le compte d'une hématoecèle post-opératoire. Elle quitta l'hôpital, mais ne tarda pas à y revenir; elle y subit l'hystérectomie vaginale le 19 décembre 1894. Tout ne fut pas terminé, car les douleurs, bien que très amendées, persistaient plusieurs mois plus tard : à l'examen on ne trouvait pourtant pas grand-chose. Il s'agissait d'une névropathe. Le curettage avait donc provoqué l'apparition de douleurs; les lésions de pelvi-péritonite chronique que démontra la laparotomie permettent de penser qu'il avait été suivi d'une infection

légère. Chez une femme de constitution normale, cette infection se fût sans doute éteinte sans laisser de traces.

OBS. XXI. *Curettage pour leucorrhée et une ménorrhagie. Apparition de douleurs. Persistance de la leucorrhée.* — G... (Rosalie), vingt-deux ans, blanchisseuse. Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Aucun signe de blennorrhagie récente ou ancienne.

Curettage, le 13 novembre 1897. La malade, atteinte de leucorrhée ordinaire, avait vu ses règles durer treize jours, du 28 octobre au 9 novembre; c'est cette ménorrhagie qui avait amené le curettage.

Règles. — Les premières à quinze ans et demi; avant le curettage, irrégulières (trop peu fréquentes), peu abondantes, douloureuses, durant trois jours, à part la ménorrhagie. Aucun changement après le curettage.

Pertes. — Blanches, assez abondantes depuis la puberté; jamais jaunes, ni vertes, ni rouges. Après le curettage: persistance des pertes blanches, apparition de pertes jaunes.

Douleurs. — Nulles avant le curettage. Immédiatement après le curettage, apparition de douleurs dans le ventre, des deux côtés, peu violentes, mais continues, s'irradiant vers les deux cuisses.

Examen physique (3 mai 1898, à la maison de Nanterre). — Col normal, corps en antéflexion. Les annexes des deux côtés sont douloureuses et légèrement hypertrophiées. La malade est extrêmement anémique et a un appareil digestif détestable.

Diagnostic. — Annexite double.

Traitement. — Repos absolu au lit, régime lacté, protoxalate de fer, bicarbonate de soude, injections au sublimé à 1 p. 1000.

Diminution des pertes blanches et des douleurs.

OBS. XXII. *Leucorrhée. Troubles digestifs. Curettage. Infection lente.* — A... (Rose), vingt-trois ans.

Pas d'accouchement. Pas de fausse couche.

Pas de blennorrhagie.

Curettage, le 3 mars 1897, sous chloroforme, à l'hôpital de Saint-Germain, pour pertes blanches.

Règles. — Les premières à dix-sept ans. Avant le curettage: irrégulières, trop peu fréquentes, peu abondantes, deux à trois jours, douloureuses. Depuis le curettage, les règles sont devenues plus régulières.

Pertes. — Blanches, ordinaires, abondantes, surtout au moment des règles, datant de la puberté. Aussitôt après le curettage, les pertes sont devenues jaunes, glaireuses et irritantes pour les tissus. Jamais de pertes vertes ni rouges.

Douleurs. — La malade souffrait déjà du ventre avant la puberté; ces douleurs, avant le curettage, étaient sourdes, vagues, non nettement localisées et s'étendaient du creux épigastrique aux fosses iliaques. Depuis l'intervention, et immédiatement après elle, ces douleurs sont nettement localisées aux deux régions ovariennes, surtout du côté droit; elles s'irradient vers la cuisse droite et les lombes. Les douleurs épigastriques subsistent toujours.

Etat général. — La malade, anémique, nerveuse, se plaint d'avoir des sensations de pesanteur, des bouffées de chaleur et des renvois acides après chaque repas. Son appareil digestif n'a jamais été traité.

Examen physique (24 juin 1898). — Vulve normale, hypertrophie légère des petites lèvres. Col petit, conique, dur, regardant directement en avant. Le corps de l'utérus, dur et douloureux, est dans l'axe du col, tout l'organe étant en rétroversion. Au spéculum, le col paraît sain, mais un gros bouchon glaireux occupe l'orifice cervical.

Les annexes droites sont facilement senties et paraissent être du volume d'une grosse noix ; celles du côté gauche sont également senties, mais sont moins grosses. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Atonie gastro-intestinale. Anémie. Infection lente consécutive au curettage.

Traitement. — Régime alimentaire. Bicarbonate de soude. Protoxalate de fer. Repos au lit. Injections vaginales chaudes.

La malade revue le 6 septembre 1898, perd encore en jaune, mais moins. Les douleurs ont beaucoup diminué, ainsi que les troubles digestifs.

OBS. XXIII. *Fibrome utérin. Curettage. Augmentation des pertes. Infection lente.* — N... (Estelle), quarante-deux ans.

Cinq accouchements : le premier en 1879, le dernier en fin 1888.

Tous normaux et sans suites.

Pas de fausse couche ni de blennorragie.

Curettage pour métrorragies, en novembre 1897, sous chloroforme, à l'hôpital Tenon.

Règles. — Les premières à treize ans et demi. Avant l'année 1896, les règles étaient régulières, abondantes, durant six à huit jours, indolores. Depuis deux ans elles sont devenues plus abondantes et durent plus longtemps ; à deux reprises différentes elles ont duré douze jours (ménorragie).

Pertes. — Avant le curettage, outre des pertes blanches ordinaires, la malade avait des pertes rouges fréquentes depuis un an, survenant dans l'intervalle des règles, et durant trois à quatre jours. Depuis le curettage les pertes ont beaucoup augmenté, tout de suite après l'intervention. La malade a, en plus, des pertes jaunâtres.

Douleurs. — Aucune avant le curettage, simple sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Depuis l'intervention, et immédiatement après elle, la malade souffre dans l'abdomen, sur la ligne médiane et à droite. Ces douleurs, peu vives en temps ordinaire, sont assez intenses au moment des métrorragies.

Examen physique (21 mars 1898). — Vulve large, colpocèle antérieure et postérieure. Col en situation normale. Le corps de l'utérus, en antéflexion, est gros, dur, et légèrement douloureux ; il dépasse la symphyse pubienne d'environ deux travers de doigt.

Les annexes sont difficilement senties ; celles de droite arrivent cependant à être délimitées et paraissent être du volume d'une noix. L'hystéromètre pénètre à 8 centimètres.

Diagnostic. — Fibrome utérin probablement infecté lors du curettage.

Traitement proposé. — Étant donnés l'âge de la malade et l'absence probable de troubles consécutifs au voisinage de la ménopause, l'ablation du fibrome est conseillée.

Obs. XXIV. *Atonie gastro-intestinale. Ptose généralisée. Curettage. Infection lente.* — V... (Jeanne), trente-huit ans.

Accouchement, il y a douze ans.

Pas de fausse couche ni de blennorragie.

Curettage, en ville, sous chloroforme, il y a trois ans, pour pertes blanches et douleurs vagues dans tout l'abdomen.

Règles. — Les premières à douze ans et demi. Régulières, peu abondantes, trois à quatre jours, indolores avant l'accouchement et le curettage. Aucun changement après l'accouchement. Après le curettage, les règles sont devenues douloureuses, les autres caractères sont restés les mêmes.

Pertes. — Blanches au moment des règles depuis la puberté. Depuis cinq ans (sept ans après l'accouchement, deux ans avant le curettage), ces pertes blanches sont devenues plus abondantes et subsistent même dans l'intervalle des règles; jamais de ménorragie ni de métrorragie; jamais de pertes jaunes ni vertes. Depuis le curettage, et aussitôt après, les pertes sont devenues jaunes et sont plus abondantes qu'avant.

Douleurs. — Avant son mariage, la malade souffrait déjà de douleurs abdominales sans siège précis, survenant surtout après les repas, et accompagnées de pesanteur à l'épigastre. Immédiatement après le curettage, ces douleurs vagues ont subsisté, mais en outre, la malade souffre de chaque côté du bas-ventre, dans les régions ovariennes, de douleurs à caractère plus aigu, survenant en crises et calmées un peu par le repos au lit. Irradiations vers la cuisse gauche. Les douleurs lombaires ne sont ni plus ni moins vives.

Examen (pratiqué à la maison de Nanterre, le 7 septembre 1898). — Paroi abdominale flasque et tombante, malade adipeuse; la percussion de l'épigastre est douloureuse; l'estomac semble dilaté, le foie abaissé; le rein droit est abaissé, mais non mobile.

Vulve large, colpocèles antérieure et postérieure, col normal, un peu granuleux, corps en antéflexion. Les annexes gauches, de la grosseur d'une noix, sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur et douloureuses. Les annexes droites sont moins douloureuses, ne sont pas prolabées, mais sont légèrement hypertrophiées.

Diagnostic. — Ptose généralisée. Atonie gastro-intestinale. Salpingo-ovarite gauche, ovarite droite.

Traitement. — Sangsues sur la région ovarienne gauche. Ceinture abdominale. Bicarbonate de soude et craie préparée. Une cuillerée à café d'huile de ricin tous les matins pendant dix jours. Injections vaginales à l'eau boriquée chaude.

La malade, revue le 19 octobre, souffre encore des reins, mais presque plus du ventre; les pertes ont notablement diminué.

Obs. XXV. *Cinq curettages contre ménorragies et métrorragies. Résultat : pertes et douleurs augmentées.* — D... (Blanche), vingt ans.

Pas d'accouchement.

Pas de fausse couche.

Pas de blennorrhagie.

1^{er} curettage, février 1892, à l'Hôtel-Dieu, sans chloroforme.

2^e curettage, février 1893, à l'hôpital Broca, avec chloroforme.

3^e curettage, août 1895, en ville, avec chloroforme.

4^e curettage, janvier 1896, hôpital Broca, avec chloroforme.

5^e curettage, février 1896, hôpital Broca, avec chloroforme.

Règles. — Les premières à quinze ans. Depuis leur apparition, les règles ont toujours été douloureuses, très abondantes et accompagnées de ménorragies; quinze jours. Aucune modification par les curettages.

Pertes. — Blanches, depuis la puberté, jamais jaunes ni vertes. Métorragies en 1895. Les métorragies sont devenues plus fréquentes aussitôt après le 3^e curettage.

Douleurs. — Dans le ventre, au niveau des annexes des deux côtés, irradiations vers les cuisses et les reins, en crises. Douleurs augmentées après la première intervention, non modifiées par les autres.

Examen physique (juillet 1896). — Utérus dur, sensible. Annexes douloureuses des deux côtés, mais non hypertrophiées. La malade est extrêmement anémique.

Diagnostic. — Pertes dues à l'état général de la malade.

Obs. XXVI. *Curettage pour métorragies. Infection lente.* — V... (Élisa), femme B..., vingt-cinq ans.

Pas d'accouchement.

Pas de fausse couche.

Pas de blennorrhagie.

Curettage en décembre 1894, à Aurillac, pour métorragie. Le curettage a été suivi d'élévation de la température et de phénomènes non très graves, mais très nets de pelvi-péritonite (vomissements, impossibilité de supporter le poids des couvertures, etc.).

Règles. — Les premières à quatorze ans.

Avant le curettage : régulières, peu abondantes, deux ou trois jours, indolores en général, parfois précédées de douleurs pendant un jour ou deux.

Depuis le curettage, les règles ont conservé les mêmes caractères, elles sont seulement devenues plus douloureuses.

Pertes. — En 1894, la malade, sans qu'elle puisse s'en expliquer la cause, a vu survenir des pertes rouges, peu abondantes, mais journalières, pendant trois mois. Au début, ces pertes avaient l'aspect des règles ordinaires, mais elles se sont épaissies vers la fin du troisième mois et sont devenues semblables à de « l'eau saumâtre ».

Pertes jaunes fréquentes.

Le curettage a diminué ces pertes pendant quelques jours, mais ne les a pas fait cesser.

Douleurs. — Avant le curettage, la malade souffrait légèrement dans l'abdomen, à droite. Aussitôt après l'opération, les douleurs, devenues plus vives, surviennent plus fréquemment, et s'irradient dans la cuisse droite.

Examen physique (7 janvier 1897). — Col granuleux, dirigé en arrière, corps utérin en antéflexion très marquée, indolore. A droite, on sent une masse empâtée et douloureuse, du volume d'une noix. A gauche, deux ou trois petites masses kystiques développées aux dépens des annexes.

Dianostic. — Métrite chronique. Salpingo-ovarite droite. Kystes à gauche.

Traitement proposé. — Laparotomie. Ablation des annexes droites.

OBS. XXVII. *Curettage contre métrorragies. Résultat : pertes égales, apparition de douleurs*. — Le... (Louise), femme N..., vingt-six ans.

Un accouchement en janvier 1895.

Pas de fausse couche.

Curettage en juillet 1896, à l'hôpital Broca.

Règles. — Règlée à treize ans. Avant l'accouchement, les règles étaient régulières, très abondantes, duraient huit jours, indolores. Depuis l'accouchement, elles sont devenues douloureuses, sont plus abondantes et durent plus longtemps. Paraissent un peu moins douloureuses depuis le curettage, mais aussi abondantes qu'avant.

Pertes. — Blanches, abondantes depuis la puberté, au moment des règles surtout. Rouges depuis l'accouchement, et surtout depuis janvier 1896. Non modifiées par le curettage.

Douleurs. — Nulles avant le curettage.

Souffre dans le ventre des deux côtés, surtout à droite, avec des irradiations vers les cuisses, depuis l'opération et aussitôt après elle.

Examen physique (Juillet 1896). — Corps utérin en avant; col dur et granuleux; annexes droites empâtées et hypertrophiées, douloureuses; on ne sent rien à gauche.

Diagnostic. — Métrite, salpingo-ovarite droite. Soumise à l'opothérapie ovarienne, la malade en a retiré de grands bénéfices.

OBS. XXVIII. *Curettage pour douleurs et pertes jaunes. Résultat : diminution des pertes, augmentation des douleurs*. — B... (Julie), vingt-huit ans.

Pas d'accouchement.

Cinq fausses couches, aucune d'elles n'a dépassé trois mois. La dernière fausse couche a eu lieu en 1893; à la suite de cette fausse couche, la malade a eu des hémorragies utérines intermittentes pendant une période de quinze mois. Ces hémorragies ont amené un curettage qui a été pratiqué au Havre, en 1894.

Règles. — Les premières à douze ans et demi. Régulières, peu abondantes, trois-quatre jours, indolores. Les fausses couches n'ont pas modifié les règles; le curettage semble les avoir rendues plus douloureuses.

Pertes. — Blanches depuis la puberté; jaunes depuis la dernière fausse couche, jamais de pertes vertes ni rouges. Pertes diminuées par le curettage.

Douleurs. — Nulles avant la dernière fausse couche. Depuis cette fausse couche, la malade souffre dans la région ovarienne gauche. Les douleurs qui, avant le curettage, étaient légères et ne survenaient guère

qu'au moment des règles, sont devenues beaucoup plus vives aussitôt après l'intervention; elles siègent toujours à gauche, viennent par crises, sont calmées par le repos au lit. Irradiations vers la cuisse gauche.

Examen physique (21 novembre 1898). — Col petit, à orifice dirigé en bas et en arrière. Corps en antéflexion, douloureux, mobile.

À gauche, les annexes sont hypertrophiées, douloureuses, empâtées, de la grosseur d'une grosse noix.

À droite, les annexes ne sont que difficilement senties.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite gauche.

OBS. XXIX. *Curettage pour pertes jaunes et rouges. Résultat : augmentation des pertes et apparition de douleurs.* — P... (Delphine), quarante-trois ans, brodeuse.

Pas d'accouchement ni fausse couche.

Blennorragie probable à dix-sept ans, mariage.

Curettée en 1891, à l'hôpital Bichat, chloroforme.

Règles. — Les premières à douze ans. Avant le mariage : régulières, abondantes, six jours, indolores. Avant le curettage, douloureuses, abondance diminuée. Pas de modifications par le curettage.

Pertes. — Avant le mariage : blanches au moment des règles, jamais jaunes, ni vertes, ni rouges. Avant le curettage, pertes jaunes et vertes peu abondantes. Après le curettage, une métrorragie qui dure quatre jours, immédiatement après l'opération; un mois plus tard, réapparition des pertes jaunes et vertes, plus abondantes qu'avant.

Douleurs. — Nulles avant le curettage. Aussitôt après l'opération, douleurs très violentes dans le ventre des deux côtés, surtout à gauche, en crises, empêchant la marche. Irradiations vers les reins, les cuisses et l'anus.

En 1894, la malade a subi une laparotomie; le 11 juillet 1898, son état est, au point de vue gynécologique, aussi satisfaisant que possible.

OBS. XXX. *Curettage pour douleurs et pertes jaunes verdâtres. Résultat : diminution des pertes, augmentation des douleurs.* — J... (Adèle), vingt-six ans.

Un accouchement en 1886, normal, sans suites, jamais de fausse couche.

Syphilis en 1890. Blennorragie en 1893.

Curettage en 1895 à l'hôpital Tenon.

Règles. — Avant la blennorragie : régulières, abondantes, six jours, douloureuses. Depuis le curettage : abondance et durée égales, régularité conservée, douleurs diminuées.

Pertes. — Blanches ordinaires, jaunes verdâtres depuis la blennorragie, un peu diminuées par le curettage.

Douleurs. — Souffre dans l'abdomen des deux côtés, surtout à gauche, depuis la blennorragie. Avant le curettage, les douleurs étaient peu violentes, s'irradiaient aux cuisses après une grande fatigue et disparaissaient par le repos au lit. Aussitôt après le curettage, les douleurs sont plus violentes qu'auparavant, les irradiations sont continuelles, la

marche est devenue très difficile, le repos au lit ne calme plus guère les douleurs.

Examen physique (23 novembre 1896). — Col très dur, ulcéré. On n'arrive pas à sentir le corps utérin, qui est probablement en situation normale.

Rien dans le cul-de-sac droit. A gauche, on sent les annexes empâtées; cet empâtement se prolonge jusque dans le cul-de-sac postérieur. Les contractions musculaires de la malade rendent l'examen difficile.

Diagnostic. — Métrite. Salpingo-ovarite gauche.

Obs. XXXI. *Curettage pour métrorragies. Résultat : persistance des pertes, apparition de douleurs.* — Ch... (Juliette), vingt-quatre ans.

Accouchements : le premier en 1893, le deuxième en décembre 1894, les deux fois, application de forceps, suites immédiates bonnes.

Pas de fausse couche ni de blennorrhagie aiguë. Curettage en septembre 1895, pour métrorragies.

Règles. — Les premières à seize ans.

Avant les accouchements et le curettage, régulières, abondance et durée normales, indolores. Les autres caractères restant semblables, les règles sont devenues plus douloureuses depuis le dernier accouchement et le curettage.

Pertes. — Blanches ordinaires au moment des règles; jaunes depuis le premier accouchement, jamais vertes. Métrorragie abondante six semaines après le dernier accouchement.

Les métrorragies, après être restées deux mois sans paraître, reviennent intermittentes pendant une période de trois mois, et amènent le curettage, qui ne les modifie en rien.

Douleurs. — Avant le curettage, et depuis le premier accouchement, la malade souffrait dans le ventre, du côté gauche, de douleurs légères, et survenant seulement au moment des règles.

Dès l'opération, la malade souffre, des deux côtés de l'abdomen, de douleurs violentes gênant la marche, survenant par crises, non calmées par le repos au lit. Irradiations vers les aines et les cuisses, rien vers l'anus et les lombes.

Examen physique (9 août 1897). — Vulve large, déchirure du périnée, colpocèles antérieure et postérieure. Col gros, dur, granuleux, ulcéré, orifice déchiré.

Corps dur, douloureux, en antéflexion. Dans le cul-de-sac gauche, empâté, il est impossible de percevoir les annexes. On les sent dans le cul-de-sac postérieur, prolabées et hypertrophiées. Dans le cul-de-sac droit, on sent les annexes, du volume d'une petite mandarine, et douloureuses.

Diagnostic. — Métrite. Salpingo-ovarite double.

Traitement proposé. — Hystérectomie vaginale.

Obs. XXXII. *Curettage pour pertes blanches et jaunes. Augmentation des pertes. Apparition de douleurs.* — G... (Georgette), vingt et un ans.

Pas d'accouchement ni de fausse couche. Pas de blennorrhagie aiguë.

Curettage pour pertes blanches jaunâtres, en février 1895, sous chloroforme, à la Pitié.

Règles. — Les premières à quatorze ans. Avant le curettage : régulières, peu abondantes, trois ou quatre jours, douloureuses. Depuis le curettage : régulières, un peu plus abondantes, plus douloureuses qu'auparavant.

Pertes blanches déjà avant la puberté. Dès l'apparition des règles, ces pertes sont devenues beaucoup plus abondantes, surtout aux périodes cataméniales. Depuis le curettage, les pertes blanches subsistent toujours, aussi abondantes qu'avant; elles sont, de plus, accompagnées, immédiatement après l'intervention, de pertes jaunes, qui n'avaient jamais existé avant.

Douleurs. — Nulles avant le curettage. Dès l'opération, la malade, qui avait seulement des règles douloureuses, souffre maintenant pendant les espaces intermenstruels, de douleurs abdominales, siégeant surtout du côté droit. Ces douleurs, très vives, surviennent par crises et s'irradient dans la cuisse droite. Amélioration par le décubitus dorsal.

Examen physique (16 septembre 1898). — Vulve normale. Col sain, en bonne situation; corps antéfléchi légèrement. Les annexes gauches ne sont pas senties. Du côté droit, on sent une masse douloureuse, dure, difficilement délimitée en haut, et qui semble être développée aux dépens des annexes de ce côté. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Dysménorrhée. Annexite droite.

Traitement. — Repos au lit. Lavages intra-utérins au sublimé à 1/4000. Ovarine.

Obs. XXXIII. *Curettage pour pertes jaunes et douleurs. Résultat : persistance des pertes, augmentation des douleurs.* — Pl... (Marguerite), trente ans.

Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Blennorragie en 1893.

Curettage pour pertes jaunes et douleurs à l'hôpital Broca, en médecine, sous chloroforme, en novembre 1898.

Règles. — Les premières à douze ans. Régulières, abondantes, sept à huit jours, indolores. Depuis 1893, les règles sont douloureuses.

La malade n'a eu qu'une fois ses règles depuis le curettage.

Pertes. — Avant le curettage, blanches et jaunes. Augmentées immédiatement après l'intervention.

Douleurs. — Depuis 1896, la malade souffre dans le ventre, de douleurs survenant en crises, s'irradient dans les reins, les cuisses et l'ombilic. Un peu améliorées par le décubitus dorsal. Depuis son curettage, et tout de suite après lui, la malade, d'ailleurs très nerveuse, souffre beaucoup plus du côté droit, et souffre aussi à gauche.

Examen physique (6 décembre 1898). — En examinant la malade debout, on constate que le col est haut situé et repose sur la sangle périnéale, au niveau et en avant de la pointe du coccyx. Le corps est fortement fléchi sur le col, il a une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, il tend à venir reposer sur la symphyse pubienne.

Le fond du corps est sur un plan inférieur de plus d'un centimètre à celui du col.

La malade étant en position déclive, on constate de nouveau la position déjà mentionnée de l'utérus, et en outre que l'organe est un peu gros. Les annexes gauches sont un peu empâtées, un peu hypertrophiées, très douloureuses. Les annexes droites sont plus empâtées, plus hypertrophiées et plus douloureuses qu'à gauche. Au spéculum, on constate que le col est normal de volume et d'aspect. L'orifice n'est ni rouge, ni relâché.

Diagnostic. — Annexite double avec utérus en antéflexion corporelle marquée et cervicale légère.

Traitement proposé. — Amputation sus-vaginale du col.

OBS. XXXIV. *Curettage pour pertes jaunes et vertes, et douleurs. Résultat : persistance des pertes, augmentation des douleurs.* — D..., vingt-deux ans.

Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Blennorrhagie en 1895.

Curettage le 14 août 1898, sous chloroforme, pour pertes jaunes-verdâtres et douleurs abdominales.

Règles. — Les premières à quatorze ans ; irrégulières, très peu fréquentes, 7-8 jours, douloureuses. Non modifiées par le curettage, qui ne date d'ailleurs que d'un mois.

Pertes. — Blanches au moment des règles, depuis la puberté. Jaunes verdâtres, abondantes, accompagnées de brûlures à la miction, depuis 1895. Ces pertes sont restées, après le curettage, ce qu'elles étaient avant.

Douleurs. — Aucune avant le curettage. Aussitôt après l'intervention, douleurs abdominales des deux côtés, surtout à gauche, survenant après une marche, même peu prolongée. Irradiations vers les cuisses et les aines.

Examen physique (16 septembre 1898). — En examinant la malade debout, on trouve le col très haut situé ; l'orifice regarde presque directement en arrière, un peu en bas ; le col repose sur l'extrémité inférieure du sacrum. Le corps est fléchi sur le col et repose sur la partie supérieure de la symphyse. L'utérus se trouve à peu près transversal, en décrivant une courbe à concavité inférieure formée par la flexion du corps sur le col.

La malade étant examinée couchée, on trouve les annexes gauches hypertrophiées, empâtées, douloureuses, et formant une masse irrégulière de la grosseur d'une amande.

A droite, on sent une grosseur plus petite, qui semble être l'ovaire. Empâtement dans le cul-de-sac postérieur.

Au spéculum, on voit le col tuméfié, enflammé, hypertrophié en longueur. L'orifice du col est occupé par un bouchon glaireux blanchâtre.

Diagnostic. — Métrite chronique. Annexite double, plus accentuée à gauche.

Traitement proposé. — Amputation du col.

OBS. XXXV. *Curettage pour métrorragies. Résultat: persistance des pertes. Apparition de douleurs.* — D..., trente et un ans.

Accouchement en 1888. Deux fausses couches: une en 1892, l'autre en 1897; infection après la première. Pas de blennorragie. Curettage à Saint-Louis, fin 1896, sous chloroforme.

Règles. — Les premières à dix-huit ans; régulières, peu abondantes, légèrement douloureuses, 3-4 jours. Non modifiées par les grossesses et le curettage.

Pertes. — Jamais de pertes blanches, ni jaunes, ni vertes. Métrorragies fréquentes, débutant six mois après la première fausse couche et amenant le curettage. Aussitôt après l'intervention, les pertes ont continué comme avant; la malade se plaint, en plus, de pertes jaunes abondantes, alors qu'elle n'en avait aucune avant l'opération.

Douleurs. — Aucune avant le curettage. Presque aussitôt après l'intervention, apparaissent des douleurs très vives siégeant dans l'abdomen des deux côtés, et forçant la malade à passer la majeure partie de son temps au lit. Irradiations vers les cuisses, les aines et les lombes.

La malade se présente à l'hôpital Broca, le 7 mai 1897, mais l'examen est impossible à cause des douleurs qu'il provoque à la malade, et de la grande quantité de sang qu'elle perd.

OBS. XXXVI. *Curettage pour pertes jaunes. Résultat: apparition de douleurs, pertes égales.* — J... (Augustine), trente-quatre ans. Deux accouchements normaux, suites normales. Pas de fausse couche. Pas de blennorragie.

Règles. — Les premières à dix-sept ans. Régulières, peu abondantes, 3-4 jours, indolores. Non modifiées par le curettage subi en janvier 1898, pour pertes blanches et jaunes.

Pertes. — Blanches et jaunes, légères, avant et après les règles, jamais vertes ni rouges. Égales après le curettage.

Douleurs. — Aucune avant le curettage. Depuis l'intervention, la malade ressent des douleurs abdominales vagues, mais qui, quoique légères, s'irradient vers les reins et les cuisses.

Examen physique (16 avril 1898). — Ventre souple, vulve normale. Col un peu en arrière; lèvres antérieures légèrement hypertrophiées. Le corps légèrement antéfléchi, un peu gros, n'est pas douloureux. Du côté droit, on sent une petite masse adhérente à la paroi pelvienne, peu douloureuse. Dans le cul-de-sac postérieur, en arrière et un peu à droite du col, on sent les annexes droites adhérentes et douloureuses. À gauche, on sent aussi les annexes, de la grosseur d'une petite noix.

Diagnostic. — Métrite ancienne et annexite bilatérale.

OBS. XXXVII. *Deux curettages consécutifs à un accouchement. Résultat: apparition de douleurs, pertes égales.* — B... (Suzanne), femme J..., vingt-sept ans, mécanicienne, quatre accouchements; le dernier en juin 1894. Premier curettage en février 1895; deuxième curettage en décembre 1895; les deux sont pratiqués à l'hôpital Cochin.

Règles. — Les premières à dix-sept ans. Avant les grossesses: régu-

lières, abondantes, 4 jours, indolores. Les accouchements et les curetages n'ont pas modifié les règles.

Pertes. — Début après le dernier accouchement; jaunes et vertes, jamais de ménorragie, de métrorragie; les pertes vont en augmentant jusqu'au premier curetage (février 1895). Après l'opération, les pertes ont disparu. Cinq mois après elles reparaissent comme avant, sans aucune cause surajoutée. En décembre 1895, la malade subit le second curetage, reste couchée trois semaines, et voit ses pertes revenir aussitôt qu'elle se lève, aussi abondantes qu'avant.

Douleurs. — Aucune avant le second curetage. Souffre dans le ventre, des deux côtés. Début des douleurs : quinze jours après l'intervention. La malade se présente en juin 1896, à la consultation de l'hôpital Broca, avec des pertes jaunes extrêmement abondantes.

Obs. XXXVIII. *Curetage pour métrite hémorragique. Persistance des pertes, augmentation des douleurs.* — Ch... (Eudoxie), quarante-six ans.

Six accouchements. Tous normaux. Toutes les suites de couches sont bonnes. Le dernier accouchement date de 1889; la malade fait remonter là le début de son affection. Pas de fausse couche. Pas de blennorragie.

Curetage pour métrite hémorragique à la Salpêtrière en 1894.

Règles. — Les premières à quatorze ans. Normales avant et après le curetage.

Pertes. — A part quelques rares flueurs blanches, la malade présentait, avant son curetage, des pertes rouges, survenant tous les mois, douze à quinze jours après les règles, depuis 1889; ces pertes étaient indolores et sans odeur. Le curetage n'a apporté aucune modification à ces pertes.

Douleurs. — Début en 1889, après l'accouchement. Avant le curetage, les douleurs, localisées dans le bas-ventre et les reins des deux côtés, étaient modérées. Depuis l'opération, les douleurs sont allées en augmentant. Elles sont maintenant localisées dans les régions inguinales, surtout à droite. Irradiations dans les cuisses et les lombes. Les douleurs sont augmentées par la station debout et surtout par la marche. Elles sont un peu calmées par le décubitus dorsal, exagérées par le décubitus latéral.

Examen physique (17 mars 1897). — Vulve normale. Col gros, dur, déchiqueté, non granuleux; corps en avant et à droite. A gauche, on sent une masse du volume d'un œuf, empâtée, douloureuse, et gagnant le cul-de-sac postérieur.

A droite, tumeur annexielle plus volumineuse encore, irrégulière, gagnant aussi le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Annexite double. Hémorragies d'origine annexielle.

Traitement proposé. — Ablation de l'utérus et des annexes.

Obs. XXXIX. *Curetage pour douleurs et métrorragies. Résultat : persistance des pertes, rémission temporaire, puis augmentation des douleurs.* — L... (Françoise), trente-huit ans.

Un accouchement en 1878, normal, sans suites.

Pas de fausse couche. Blennorrhagie aiguë en juillet 1895.

Curettage fait à l'hôpital de Saumur, en novembre 1895, pour métrorragie et douleurs abdominales.

Règles. — Les premières à douze ans. Avant l'accouchement : régulières, abondantes, huit jours, douloureuses. Depuis l'accouchement : irrégulières (trop fréquentes), douze à quinze jours (ménorragies). Abondance et douleurs égales. Les règles n'ont pas été modifiées par le curettage.

Pertes. — Avant le curettage : pertes blanches et jaunes très abondantes depuis l'accouchement; pertes vertes peu marquées. Métrorragies et ménorragies fréquentes.

Après le curettage : les pertes blanches et jaunes ont subsisté en abondance égale, ainsi que les pertes vertes. Les pertes rouges viennent un peu moins souvent, mais sont aussi abondantes.

Douleurs. — Dans l'abdomen, des deux côtés, surtout à gauche. Pas d'irradiations vers les cuisses, ni vers les reins, ni vers l'anus, avant le curettage. Depuis l'opération, après une rémission de quelques jours, les douleurs abdominales ont reparu, plus violentes qu'auparavant. Irradiations douloureuses vers les cuisses, les lombes; rien vers l'anus.

Examen physique. — Vulve déchirée. Colpocèle antérieure légère. Col abaissé, déchiré complètement à droite, et légèrement à gauche. L'orifice est béant et permet l'introduction de l'index. Corps utérin gros et rejeté à droite. Les annexes gauches sont hypertrophiées; on les trouve prolabées dans le cul-de-sac postérieur. A droite, on ne sent pas les annexes; le corps de l'utérus occupe la région; il est en rétroflexion légère, tout l'organe étant en rétroversion.

Diagnostic. — Métrite chronique. Annexe gauche légère. Déchirure du périnée. Colpocèle antérieure. Latérotation droite.

Traitement. — Lavages intra-utérins au permanganate de potasse.

Obs. XL. *Curettage pour métrorragies. Résultat : pertes égales, apparition de douleurs.* — B... (Louise), femme Th..., quarante et un ans.

Deux accouchements : le premier, en 1882; le deuxième, en 1883. Tous deux normaux et sans suites appréciables.

Pas de fausse couche. Pas de blennorrhagie. Curettage en novembre 1896, à l'Hôtel-Dieu, pour métrorragies.

Règles. — Les premières à douze ans. Avant le curettage : irrégulières, abondantes, quatre jours, indolores. Depuis le curettage, les règles sont encore moins régulières qu'avant.

Pertes. — Jamais de pertes blanches, ni jaunes, ni vertes, avant le curettage. En mai et en septembre 1896, métrorragies abondantes qui amènent le curettage. L'intervention n'a modifié en rien ces pertes. Un mois après, apparition de pertes jaunes qui n'ont existé à aucun moment avant.

Douleurs. — Aucune avant le curettage. Environ dix jours après l'opération, début de douleurs vives, en crises, dans les deux régions ovariennes. Irradiations aux cuisses, aux aines, aux reins. Les douleurs ne sont pas calmées par le repos.

Etat général. — Mauvais appareil digestif. Anémie.

Examen physique (26 janvier 1897). — Vulve normale, col dur, haut situé, non granuleux, orifice largement entr'ouvert; le corps est gros, en situation normale. Le cul-de-sac gauche est empâté. A droite, les annexes sont prolabées et hypertrophiées.

Diagnostic. — Utérus probablement fibromateux. Annexite double, surtout accentuée à droite. Cette malade a subi l'hystérectomie vaginale par M. Segond, le 19 février 1897.

Obs. XLI. *Curettage contre ménorragies. Résultat : pertes et douleurs augmentées.* — M... (Clémentine), femme D..., vingt-cinq ans.

Un accouchement en 1889.

Pas de fausse couche.

Pas de blennorrhagie.

Curettage, à Bordeaux, en janvier 1893.

Règles. — Les premières à quinze ans. Avant l'accouchement : régulières, huit jours, abondantes, douloureuses. Entre l'accouchement et le curettage : irrégulières, trop fréquentes (métrorragies), très abondantes, plus douloureuses qu'avant. Depuis le curettage, les règles sont plus abondantes encore qu'avant.

Pertes. — Blanches depuis la puberté; jamais jaunes ni vertes; métrorragies fréquentes depuis l'accouchement. Après le curettage, les métrorragies sont plus fréquentes et plus abondantes qu'avant. La malade subit, en mai 1893, une salpingectomie gauche (?).

Douleurs. — Nulles avant l'accouchement; peu intenses entre l'accouchement et le curettage; ont augmenté depuis le curettage après une rémission d'une douzaine de jours; siègent dans le ventre, surtout à gauche, irradiations vers la cuisse gauche.

Examen physique (août 1896). — Vulve normale, col granuleux, antéversion.

Annexes gauches hypertrophiées et douloureuses. Cul-de-sac postérieur libre. Rien à droite.

Diagnostic. — Annexite gauche.

Obs. XLII. *Curettage pour pertes jaunes et rouges. Résultat : pertes et douleurs augmentées.* — G... (Valentine), femme C..., trente-cinq ans.

Trois accouchements suivis chacun d'hémorragies abondantes, en 1884, 1886, 1890.

Pas de fausse couche.

Pas de blennorrhagie aiguë.

Curettage en 1892, chez la malade, sous chloroforme.

Règles. — Les premières à dix-huit ans. Avant le curettage : régulières, peu abondantes, deux jours. Depuis le curettage : irrégulières, abondance augmentée, six à huit jours, douloureuses.

Pertes. — Blanches et jaunes depuis le premier accouchement. Métrorragies assez fréquentes depuis le second. N'ont cessé à aucun moment, après le curettage; sont maintenant plus abondantes qu'avant.

Douleurs. — Depuis le premier accouchement : douleurs dans le ventre au niveau des annexes des deux côtés; irradiations vers les reins, vers les cuisses. Douleurs en crises améliorées par le repos au lit.

Ces douleurs n'ont nullement été diminuées après le curettage. Quelques jours après, elles étaient déjà plus intenses encore qu'auparavant.

Examen physique (mars 1896). — Corps granuleux, corps en antéversion. L'ovaire gauche est de la grosseur d'une grosse amande, facilement senti et peu douloureux. L'ovaire droit, du volume d'une grosse noix, est douloureux et prolabé.

Diagnostic. — Métrite. Salpingo-ovarite double.

Traitement. — Pansement à la glycérine picriquée. Douches vaginales. Amélioration notable.

Obs. XLIII. *Curettage par douleurs abdominales et pertes jaunes*. — J... (Marie), femme L..., vingt-sept ans.

Un accouchement le 13 septembre 1894, normal, suivi d'une hémorragie durant quatre jours.

Pas de fausse couche. Pas de blennorrhagie. Curettage en décembre 1894, pratiqué à Lariboisière, sous chloroforme, pour douleurs abdominales et pertes jaunes.

Règles. — Normales avant l'accouchement. Entre l'accouchement et le curettage, la malade n'a pas eu ses règles. Depuis le curettage, les caractères des règles n'ont guère été modifiés; elles sont seulement un peu moins abondantes.

Pertes. — Aucune avant l'accouchement. Depuis l'accouchement, pertes jaunes continuelles, abondantes. Jamais de métrorragie ni de ménorragie.

Après une rémission légère, les pertes sont devenues plus abondantes.

Douleurs. — Depuis l'accouchement, la malade souffre dans l'abdomen, des deux côtés. Les douleurs, exagérées surtout au moment des règles, sont continuelles, rendant la marche difficile, améliorées par le repos au lit. Irradiations vers les aines et les cuisses. Depuis le curettage, les douleurs, qui avaient disparu pendant un mois environ, ont reparu; elles ne sont pas plus violentes qu'avant, mais le sont autant. La malade a refusé de se laisser examiner.

Obs. XLIV. *Curettage pour douleurs abdominales et pertes jaunes*. *Résultat* : augmentation des pertes, augmentation des douleurs. — V... (Charlotte), vingt-six ans.

Deux accouchements : le premier en 1895, le second en 1896, faciles, sans suites.

Fausse couche en 1893, de trois mois environ. Ménorragie consécutive. Pas de blennorrhagie aiguë.

Curettage en mai 1897, en ville, sans anesthésie, pour douleurs abdominales et pertes jaunes.

Règles. — Les premières à quatorze ans.

Avant le curettage, les règles, qui étaient régulières, peu abondantes, duraient quatre jours et étaient indolores, étaient devenues douloureuses depuis la fausse couche. Depuis le curettage, les règles sont restées aussi douloureuses, mais durent maintenant plus longtemps, six à sept jours.

Pertes. — Depuis la fausse couche, la malade avait des pertes jaunâtres, fréquentes, abondantes surtout au moment des règles. Jamais de pertes rouges ni vertes. Depuis le curetage, les pertes n'ont cessé à aucun moment et sont maintenant plus abondantes qu'avant. Les règles ont duré douze jours à deux reprises différentes; elles ont duré une fois quinze jours, présentant ainsi le caractère de véritables ménorragies.

Douleurs. — Depuis son avortement, la malade souffrait dans l'abdomen du côté gauche, de douleurs sourdes, survenant surtout au moment des règles, mais subsistant aussi pendant les intervalles intermenstruels; ces douleurs s'irradiaient vers la cuisse gauche et les lombes.

Depuis le curetage, la malade, après avoir vu ses douleurs du côté gauche disparaître pendant quatre ou cinq jours, souffre maintenant à gauche plus encore qu'auparavant. De plus, elle souffre à droite de douleurs vives, en crises, s'irradiant vers la cuisse droite et les lombes.

Examen physique. — Vulve normale. Col déchiré, dur, gros, granuleux, ulcéré. L'orifice du col regarde en bas, l'utérus est en antéversion, le corps en antéflexion sur le col.

Les annexes du côté gauche sont douloureuses, en situation normale et semblent être du volume d'une grosse noix.

Celles du côté droit occupent le cul-de-sac de ce côté, elles sont également douloureuses et hypertrophiées, quoique moins qu'à gauche; de plus, elles sont empâtées, et cet empâtement s'étend jusqu'au cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Métrite. Annexite double, surtout accentuée à gauche.

Traitement proposé. — Hystérectomie vaginale.

Obs. XLV. Curetage pour douleurs abdominales et pertes blanches. Résultat: apparition de pertes jaunes, douleurs augmentées. — B... (Marie), femme V..., trente-deux ans.

Trois accouchements : 1890, 1892, 1894, faciles et sans suites.

Pas de fausse couche. Pas de blennorragie.

Curetage à Blois, en juin 1895, pour douleurs abdominales du côté droit.

Règles. — Les premières à treize ans. Avant le curetage, régulières, abondantes, cinq jours, douloureuses. Non modifiées par les accouchements et le curetage.

Pertes. — Blanches ordinaires, jamais de pertes jaunes, ni vertes, ni rouges, avant le curetage. Depuis l'intervention, la malade a vu survenir des pertes jaunes, glaireuses, abondantes et fréquentes. Une métrorragie durant quatre jours, et cédant à un tamponnement vaginal en septembre 1896.

Douleurs. — Depuis son premier accouchement surtout, mais déjà depuis l'enfance, la malade souffrait légèrement dans le ventre, du côté droit.

Depuis le curetage, les douleurs ont augmenté; elles avaient été calmées pendant dix ou douze jours après l'intervention; irradiant maintenant dans les cuisses et les lombes.

Etat général. — Mauvais état de l'appareil gastro-intestinal, constipation opiniâtre, obésité.

Examen physique (13 mars 1896). — Paroi abdominale flasque, ptose généralisée. Vulve large, colpocèles antérieure et postérieure, prolapsus léger du col utérin, qui est dur, petit, granuleux. Corps mobile, légèrement douloureux, en situation normale.

Les annexes des deux côtés sont senties facilement, elles sont hypertrophiées, surtout à gauche.

Le cul-de-sac postérieur est très empâté, en partie effacé par des adhérences.

Le rein droit est abaissé et mobile.

Diagnostic. — Ptose généralisée. Rein mobile à droite. Métrite et pelvi-péritonite anciennes.

Traitement. — Néphropexie. Ceinture abdominale. Régime alimentaire. Injections vaginales de sublimé à 1/4000.

Obs. XLVI. *Curettage pour douleurs abdominales. Apparition de pertes jaunes. Augmentation des douleurs.* — V... (Zélie), dix-neuf ans.

Pas d'accouchement.

Pas de fausse couche.

Pas de blennorragie.

Curettage en septembre 1895, pour douleurs abdominales.

Règles. — Les premières à onze ans.

Avant le curettage, régulières, abondantes, cinq à six jours, indolores. Après le curettage, pendant une période de six mois, les règles ont été régulières. Après ce laps de temps, elles sont devenues irrégulières, trop fréquentes, moins abondantes qu'avant, bien que durant aussi longtemps, douloureuses.

Pertes. — Blanches et jaunes, début environ quinze jours après le curettage.

Douleurs. — Depuis 1894, dans l'abdomen, des deux côtés, surtout à gauche. Les douleurs n'ont cessé à aucun moment après le curettage, elles siègent toujours dans les régions ovariennes, mais sont plus violentes qu'avant; elles surviennent par crises et sont calmées par le repos au lit. Irradiations vers les cuisses et l'anus.

Etat général. — Bon, sauf le système nerveux. Avant son curettage, la malade avait eu, dans sa vie, deux crises de nerfs; depuis son curettage, elle a une attaque hystériforme environ tous les huit à dix jours. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche; réflexes cornéen et pharyngé nuls.

Examen physique (9 octobre 1896). — Colpocèle postérieure légère. Col petit, corps également petit, en avant. Au niveau des annexes gauches on sent un peu d'empatement, et on arrive à délimiter une masse de la grosseur d'une noix. Les annexes droites sont douloureuses à la pression, mais sont difficilement senties. Cul-de-sac postérieur un peu douloureux.

Diagnostic. — Névropathie. Salpingo-ovarite double légère, plus accentuée à gauche.

Traitement. — Le traitement médical ayant échoué, la malade a subi l'ablation des annexes le 14 novembre 1896.

Obs. XLVII. *Curettage pour pertes jaunes et douleurs abdominales.*
Résultat : apparition de métrorragies. Augmentation des douleurs. —
B... (Sophie), vingt-trois ans.

Un accouchement, en 1891, facile, sans suites.

Une fausse-couche de quatre mois et demi, en 1893, sans suites.

Blennorragie en janvier 1894.

Curettage le 15 juillet 1894, pour pertes jaunes et douleurs abdominales.

Règles. — Les premières à quatorze ans. Avant les grossesses, régulières, abondantes, huit jours, douloureuses. Les grossesses, la blennorragie, le curettage n'ont pas modifié les règles.

Pertes. — Jaunes et vertes depuis janvier 1894. Jamais de métrorragie avant le curettage. Depuis l'intervention, les pertes jaunes ont augmenté; de plus, la malade a eu des métrorragies avec rémissions, pendant six mois, de mars à août 1895.

Douleurs. — Souffre dans le ventre depuis 1893, un peu avant sa fausse couche. Ces douleurs bilatérales ont été calmées par l'opération pendant trois semaines environ. Elles s'irradient maintenant dans les cuisses et les aines et sont plus violentes qu'auparavant.

La malade se présente à la consultation de l'hôpital Broca, le 7 octobre 1896, mais l'examen ne peut être pratiqué.

Traitement. — La malade a été laparotomisée dans le service de M. Pozzi, le 12 août 1895.

CONCLUSIONS

I. — Le curettage de l'utérus peut se compliquer d'accidents de deux ordres : 1° des accidents d'ordre mécanique; 2° d'ordre infectieux.

II. — Les accidents d'ordre mécanique les plus fréquents sont les perforations.

Les hémorragies graves sont beaucoup plus rares.

III. — L'infection consécutive au curettage reconnaît des causes : 1° endogènes, 2° exogènes.

IV. — L'infection endogène résulte de l'envahissement du réseau lymphatique utérin par des microbes virulents déjà existants dans la cavité utérine, ou de l'exagération de l'activité des agents pathogènes contenus dans les trompes.

Le curettage n'agit là qu'à la manière d'un traumatisme.

V. — L'infection exogène est la plus fréquente. Elle suppose l'existence d'une faute d'antisepsie pendant l'opération ou pendant les pansements consécutifs.

VI. — L'infection endogène deviendra d'autant plus rare que les indications du curettage seront mieux posées.

L'infection exogène ne sera pas à craindre quand les règles de l'antisepsie auront été minutieusement observées.

Vu par le Président de la thèse :

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen : BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Académie de Médecine** (Bulletin de l'), 1849-1850, t. XV, p. 171 et 402.
- Adriet.** — Contribution à l'étude du grattage de l'utérus, Paris, 1883.
- Ahlfield (P.).** — Sur la dilatabilité des trompes et de leur pénétration par des sondes de gros calibre (*Centr. f. Gynäk.*, novembre 1897, n° 47, p. 1385).
- Aran.** — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, Paris, 1858-1860, p. 472.
- Audebert.** — Annexites et curettage (*J. Médi.*, Bordeaux, 10 janvier 1897).
- Babu.** — *Th.* Paris, 1850. Des granulations ou végétations de la muqueuse qui tapisse la cavité du corps de l'utérus; traitement par l'abrasion et la cautérisation.
- Batuaud.** — Influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrites comparée à celle du traitement de l'endométrite sur les salpingites.
- Bazy (P.).** — Du traitement médical et en particulier du curettage utérin et de leur influence sur les lésions des annexes (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1891, p. 641).
- Becquerel.** — Traitement clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1859, t. I, p. 432.
- Berlin.** — Du curettage de l'utérus, Paris, 1892.
- Beuttner (O.).** — Sur une particularité présentée par l'utérus dans la façon de se comporter à l'égard des instruments introduits dans sa cavité (*Centr. f. Gynäk.*, octobre 1897, n° 42, p. 1271).
- Bonnifiel.** — L'usage de la curette dans le traitement de l'endométrite (*J. Amer. méd. obst.*, 30 janvier 1897).
- Bouilly.** — Du traitement de l'endométrite par le curettage de l'utérus (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XV, p. 136-146). Discussion, p. 150.
- Bouilly.** — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, février-mars 1891.
- Boureau.** — *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1888.
- Boureau.** — *Th.* Paris, 1888. Du curage dans l'endométrite du corps de l'utérus.
- Bouteil.** — Du curettage sans abaissement à la vulve (*Th.* Paris, 1892-1893).
- Camescasse.** — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus (*Th.* Paris, 1892-1893).
- Carpentier-Méricourt.** — *Th.* Paris, 1875. Pathogénie et traitement des hémorragies utérines hors de la grossesse et de l'accouchement.
- Chassaingnac.** — Traitement des granulations intra-utérines par la cautérisation (*Bull. thérap.*, 1848, p. 549).

- Chéron.** — Hémorragies en rapport avec les fongosités (*Gaz. des Hôpit.*, 1881, n° 1).
- Chirat.** — De l'évacuation de l'utérus par le curetage digital. (*Th.* Lyon, 1897).
- Cittadini.** — Réveil aigu d'ovaro-salpingite ancienne à la suite d'un curetage utérin (*J. méd. Bruxelles*, 18 février 1897).
- Colle.** — *Th.* Lille, 1891. Perforations traumatiques de l'utérus.
- Conan.** — *Th.* Paris, 1869. De la métrorragie dans l'état fongueux de la muqueuse utérine.
- Cornil.** — Leçons sur les métrites (*J. des conn. médic.*, 5 avril 1888-19 juillet 1888).
- Courant.** — De la perforation utérine par les instruments (*Centr. f. Gynäk.*, 4 décembre 1897).
- Courty.** — *Traité des maladies de l'utérus.*
— *Traité pratique des maladies de l'utérus*, édit. 1870.
- Cuellar.** — Du curetage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus, Paris, 1891.
- Debled.** — Curetage de l'utérus (*Th.* Paris, 1893-1894).
- Delbet (P.).** — *Traité de Chirurgie*, t. VIII, p. 408.
- Delage.** — *Th.* Paris, 1886. Diagnostic des granulations intra-utérines qui nécessitent l'emploi de la curette de Récamier.
- Desmoulins.** — *Th.* Paris, 1887. Quelques considérations sur le curetage de la cavité utérine comme traitement de la métrite hémorragique.
- Despréaux.** — *Th.* Paris, 1887. Du curetage de l'utérus. Indications et technique.
- Després.** — Curetage ou curage de l'utérus (*Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1890, p. 221).
- Discussion sur le curetage de l'utérus** (*Bull. Acad. roy. de méd. de Belgique*, Bruxelles, 1891, p. 349, 387, 427, 499, 750; 1892, 70, 207).
- Dolérès.** — *Nouvelles Arch. d'obst. et de gynec.*, février et mars 1887.
- Doyen.** — *Technique opératoire*, p. 378.
- Dupuy.** — La métrite hémorragique de la ménopause et de la vieillesse, *Th.* Bordeaux, 1897.
- Dupuy.** — *Th.* Paris 1874.
- Emmet.** — La pratique des maladies des femmes, 1887.
- Férier.** — *Th.* Paris, 1854. Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus.
- Fletwood-Churchill.** — Trad. Leblond. *Traité des maladies des femmes*, 3^e éd., Paris, 1881.
- Frédéricq.** — Perforations et pseudo-perforations utérines (*Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898, p. 164).
- Frédéricq.** — Encore le curetage (*Ann. Soc. de méd. de Gand*, 1891, p. 172-177).
- Gaillard de Poitiers.** — *Gaz. méd. de Paris*, 1850, n° 1.
- Gallard.** — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1879.
- Gallard.** — *Bull. de thérap.*, 1892, p. 193.
- Gaulard.** — Avortement incomplet. Curage et curetage (*Pr. Méd.*, 5 novembre 1898).
- Gebhard.** — *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, t. XXI, p. 2.
- Gönnner.** — Zwei Fälle von Tubensondirung (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd XXX, Heft I, p. 119).
- Gosselin et Trousseau.** — Affection utérine interne. Soulagement après l'application de la curette (*Gaz. des Hôpit.*, 1856, n° 17).
- Grilhaut des Fontaines.** — Traitement de la métrite du col (*Th.* Paris, 1892-1893).

- Grynfeldt.** — Du curettage de l'utérus (*Nouv. Montpellier méd.*, 1892, p. 404-426).
- Guérin (Alph.).** — *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme*, 1878, p. 152.
- Guérineau.** — *Th.* Paris, 1847. Des pertes utérines dans l'état de vacuité.
- Guidez.** — *Th.* Lille, 1894.
- Haynes.** — Two cases in which the uterus was perforated by a curette, both recovering (*Am. J. Obst. N.-Y.*, 1890, p. 1193-1195).
- Hegar et Kaltenbach.** — *Traité de gynécologie opératoire*, traduction de Bar.
- Hofmann.** — *Philadelphia obst. Society*, 3 avril 1890.
- Iatropoulo.** — *Th.* Paris, 1860. De la métrite folliculeuse ou granuleuse hémorragique.
- Jahreiss.** — Du relâchement de la paroi utérine ou de la perméabilité des trompes, dans certains cas de curettage (*Centr. f. Gynäk.*, 1898, n° 6, p. 137).
- Jayle.** — Curettage et infection (*Pr. méd.*, 1896, p. 148).
- Juteau.** — *Th.* Paris, 1850. De l'hémorragie utérine essentielle.
- Lawson Tait.** — Maladies des ovaires.
- Lebrun.** — Le curettage de la matrice (*Presse méd. belge*, Bruxelles, 1852, p. 229-231).
- Lenoir.** — *Th.* Paris, 1898. Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale.
- Loriot.** — Quelques observations de curettage appliquées à l'obstétrique (*J. de méd. de Paris*, 1892, 2^e s., p. 3).
- Macquart-Moulin.** — Des traitements chirurgicaux appliqués aux suppurations péri-utérines (*Th.* Paris, 1872-73).
- Marmasse.** — Du curettage dans les accidents des suites de couches (*Th.* Paris, 1895).
- Martineau.** — Traitement des maladies des femmes.
- Mélik.** — *Th.* Paris, 1887. Des indications du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités.
- Mittermaier.** — Corps étrangers de l'utérus (*Centr. f. Gynäk.*, décembre 1897, n° 48, p. 1416).
- Montaz.** — A propos du curage de l'utérus (*Dauphiné méd.*, Grenoble 1889, p. 153-158).
- Nélaton.** — De l'emploi de la curette de Récamier (*Gaz. des Hôp.*, 1853).
- Neugebauer.** — Contribution à l'étude des corps étrangers de l'utérus (*Revue de Gynécologie*, 1898, n° 6, p. 983).
- Nonat.** — Du traitement de certaines lésions de la face interne de l'utérus au moyen de la curette de Récamier (*Gaz. des Hôp.*, 1853, n° 93).
- *Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes*, 1860.
- *Traité des maladies de l'utérus*, 1874.
- Perdrizet.** — Amputation du col (*Th.* Paris, 1893-94).
- Peteghen (van).** — Des endométrites de la ménopause (*Th.* Paris, 1892-93).
- Peterson.** — L'emploi de la curette dans l'endométrite puerpérale et chronique (*Amer. Jour. of Obstetr.*, juillet 1897).
- Pichevin.** — *Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1890.
- Du curage de l'utérus (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1890, p. 373, 382, 427).
- Pichevin et A. Pettit.** — Lésions vasculaires de l'utérus et métrorragies (*Sem. gynéc.*, 1896, p. 353 et 361).
- Pilliet.** — Le curettage de l'utérus (*Trib. méd.*, 27 janvier 1897).
- Polak.** — Le tamponnement de l'utérus après le curettage (*Med. News*, 18 septembre 1897).
- Pozzi.** — *Traité de Gynécologie*, p. 235.

Raffray. — Des métrites. Considérations cliniques et thérapeutiques (*Th. Paris*, 1894-1895).

Récamier. — *Annales de Thérapeutique*, août 1846.

Robinet. — Des fongosités utérines (*Th. Paris*, 1853).

Rosenfeld (de Hambourg). — Zur instrumentellen Perforation des Uterus (*Centr. f. Gynäk.*, 1898, n° 11, p. 278).

Rouyer. — Etude clinique sur les fongosités de la muqueuse utérine et sur leur traitement par l'abrasion et la cautérisation (*Th. Paris*, 1858).

Saint-Vel. — Hémorragies de l'utérus. Traitement par l'abrasion (*Gaz. des Hôp.*, 1869, n°s 32, 33).

Saucier. — Traitement médical des salpingites (*Th. Paris*, 1892-1893).

Schröder-Carl. — Maladies des organes génitaux de la femme. Trad. de l'allemand par Sauwers et Nertoghe.

Silvestre. — Accidents des injections intra-utérines (*Th. Paris*, 1891-1892).

Sinétý (de). — *Manuel pratique de Gynécologie*, 1879.

Société de Chirurgie (*Bulletin de la*), 1854-1855, t. V, p. 253 et suiv.

Sureau. — Du curettage palliatif dans l'épithélioma du col inopérable (*Th. Bordeaux*, 1897).

Touvenaint. — Traitement de la métrite du col (*Th. Paris*, 1891-1892).

Trélat. — *Bull. Société de Chirurgie*, 5 mars 1890; février 1891.

Troteski. — Métrites hémorragiques (*Th. Paris*, 1894-1895).

Tuttle. — Soc. gyn. de New-York (*Centr. f. Gynäk.*, 1891, p. 841).

Veit. — *Centr. f. Gynäk.*, n° 46, 1885.

Wallich. — Lymphatiques sous-séreux de l'utérus (*Th. Paris*, 1891).

Walton. — De la curette et de ses applications en gynécologie.

